

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

467

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian PAUL

Né le 2 juillet 1901, à Amiens (Somme)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

DU

“ GROUPE FAMILIAL ” D'ENFANTS
EN MILIEU TUBERCULEUX

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian PAUL

Né le 2 juillet 1901, à Amiens (Somme)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

DU

“ GROUPE FAMILIAL ” D'ENFANTS
EN MILIEU TUBERCULEUX

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINE ¹ .
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHÉN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	Clinique obstétricale		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physiqu
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
N... ..	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR RENÉ PAUL

Officier de la Légion d'honneur

*Il a été mon premier maître. Il restera
toujours pour moi un modèle et un
exemple.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma très grande
affection filiale.*

A MA TANTE

Qui fut pour moi une seconde mère.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551407_0023

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laennec
Commandeur de la Légion d'honneur

*Dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne, à
qui je dois le sujet de ce travail et qui m'a
toujours témoigné tant de bienveillance.
Je lui serai reconnaissant de trouver ici
le modeste hommage de ma respectueuse
affection et de ma très grande admiration.*

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR CHARLES ACHARD

Membre de l'Institut
Secrétaire général de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur de
m'agrèer comme interne de son service.
Témoignage de ma respectueuse recon-
naissance et de ma vénération.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL CHEVALLIER

Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

*Il fut pour moi mieux qu'un maître, un
véritable ami.
Avec toute ma profonde affection.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HENRY BENARD

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu me diriger dès le début
de mes études, et dont l'amicale sollicitude
ne s'est jamais démentie à mon égard.
Avec toute ma reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont j'ai eu le grand honneur d'être
l'externe et l'interne.*

*Qu'il veuille bien trouver ici un témoi-
gnage particulier de reconnaissance et
d'affection.*

A M. LE PROFESSEUR B. CUNÉO

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur

*En hommage de profonde gratitude et
de respectueuse admiration.*

A M. LE PROFESSEUR F. TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de notre profonde recon-
naissance pour la bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée.*

A M. LE DOCTEUR HENRI STÉVENIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Beaujon

*Auprès de qui j'ai trouvé une constante
sollicitude. Hommage de ma très profonde
affection.*

A M. LE DOCTEUR PIERRE BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu me guider dans mon
travail.*

*Avec toute mon affectueuse et vieille
amitié.*

5

A M. LE DOCTEUR A. FAVORY

Ophthalmologiste de l'Hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'honneur

*En souvenir de nos collaborations, et avec
toute ma fraternelle affection.*

A M. LE DOCTEUR PAUL BRAUN

Assistant de l'Hôpital Laennec
Officier de la Légion d'honneur

Ce travail lui est dû. Il m'a constamment dirigé et encouragé dans mes efforts. Il m'a fait profiter du fruit de sa riche expérience et de ses idées personnelles. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MES AMIS

ANDRÉ SICARD, Chirurgien des Hôpitaux.
GASTON CORDIER, Chef de Clinique à la Faculté.
MAURICE GAHINET, Interne des Hôpitaux de Paris.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

- 1924-1925. M. LE PROFESSEUR H. HARTMANN
1925-1926. M. LE PROFESSEUR VAQUEZ (*in memoriam*)
1926-1927. M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD (*in memoriam*)

Internat provisoire :

- 1927-1928. M. LE DOCTEUR LE LORIER
1928-1929. M. LE PROFESSEUR F. TERRIEN
1930. M. LE PROFESSEUR H. HARTMANN
1931. M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Internat :

- 1931-1932. M. LE DOCTEUR H. STÉVENIN
1932-1933. M. LE PROFESSEUR P. CARNOT
1932-1933. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVALLIER
1933-1934. M. LE PROFESSEUR ACHARD
1934-1935. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. BÉNARD
1934-1935. M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

INTRODUCTION

Il est devenu classique depuis quelques années de conclure que la Tuberculose de l'adulte n'est que le réveil d'une contamination qui s'est produite dans l'enfance. On est donc obligé de concevoir qu'entre le moment où se produit la contamination et celui où la maladie éclate il existe un « stade intermédiaire ».

Par définition, ce « stade intermédiaire » est en principe latent, puisque tout incident ou toute manifestation pathologique, tant soit peu importante, marque pour nous le début de la maladie effective et constitue ainsi une limite de ce stade. C'est cette latence qui explique la difficulté de l'étude de cette « période intermédiaire ». Il nous a paru néanmoins nécessaire d'essayer d'en avoir une conception anatomoclinique qui puisse nous aider à comprendre la genèse et le développement de la Tuberculose après la période de contamination.

Nous avons pensé que des renseignements suffisamment importants pourraient nous être fournis par l'étude des antécédents du tuberculeux en remontant du moment où éclate sa maladie vers ses origines — et en suivant, d'autre part, l'histoire clinique des sujets ayant été en contact direct avec lui. Mais nous avons songé aussi que de nouvelles clartés pouvaient nous être apportées en étudiant les enfants du tuberculeux en « groupe » — et en particulier dans le « groupe familial ».

Comme nous le verrons, cette étude nous a montré notamment qu'en suivant dans le temps l'évolution clinique de ces individus appartenant au « groupe familial », on retrouvait en quelque sorte la trace d'une contamination « de base » paraissant bénigne par elle-même, mais sur laquelle venaient se greffer des incidents ou accidents d'apparence capricieuse, d'évolution variable qui apparaissaient sous la dépendance de « facteurs seconds ».

Le substratum anatomique de cet état de « contamination de base »

ne nous est pas connu encore de façon certaine. Nous sommes donc obligés d'émettre à ce sujet une hypothèse qui doit expliquer l'absence de signes cliniques et radiologiques apparents et l'apparition inopinée toujours possible de manifestations plus ou moins bruyantes.

Nous avons ainsi été amenés à analyser de plus près les effets de la première contamination et les reliquats qu'elle a pu laisser, et nous avons abouti à nouveau à la conception émise par MM. F. BEZANÇON et P. BRAUN sur la multiplicité et la dissémination des reliquats dus à la pénétration du bacille dans l'organisme de l'enfant — réalisant ce que ces auteurs ont désigné sous le nom de « tramite initiale diffuse, ou mieux encore disséminée ».

Avant d'aborder ce sujet, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à notre maître, le Professeur Fernand BEZANÇON qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous en a montré tout l'intérêt. Qu'il veuille bien trouver dans ces pages un très modeste témoignage de notre respectueuse reconnaissance et qu'il en excuse les imperfections.

Nous n'aurions garde d'oublier le Docteur Paul BRAUN dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie. Il a dirigé notre effort et n'a cessé de nous faire profiter de son expérience et de ses idées personnelles. Nous lui adressons ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre très affectueux attachement.

CHAPITRE PREMIER

LA PREMIÈRE CONTAMINATION

Avant d'aborder l'étude de la « période intermédiaire », il nous paraît nécessaire de préciser nos idées sur la contamination, c'est-à-dire la pénétration du bacille dans l'organisme.

Quelle est à l'heure actuelle la conception de cette contamination première ? Cette conception est représentée essentiellement par la primo-infection de l'enfant qui répond au « complexe primaire ». Il n'est point dans nos intentions de reprendre en détail l'étude de ce complexe. Nous préférons en faire la critique.

Il s'agit d'une lésion pulmonaire, siégeant le plus souvent à la base, constituant le « chancre pulmonaire » et complété par une infection lymphatique retentissant sur les ganglions correspondant à la région atteinte. Ce complexe primaire, une fois établi, va subir une évolution variable : dans certains cas, il peut être suivi immédiatement d'une extension du processus tuberculeux aboutissant à une tuberculose grave, voire même mortelle. Dans d'autres cas, il pourra se cicatriser spontanément au même titre que le chancre syphilitique (d'où la comparaison classique), laissant à sa suite une condensation qui se traduira par une ombre radiologique. Enfin, il pourra avec ses ganglions servir de réservoir de virus qui « essaïmera » ultérieurement dans les autres parties des champs pulmonaires, et ce dans des délais variés et sous l'influence de causes secondes que nous envisagerons dans un des chapitres suivants.

Somme toute, la conception classique de la genèse de l'infection tuberculeuse repose sur les deux lois de PARROT et de CONHEIM, qui ont été du reste reprises par de nombreux auteurs français et étrangers. Il nous semble utile de les rappeler.

Loi de PARROT : « Toutes les fois qu'un ganglion bronchique est le

siège d'une lésion tuberculeuse il y a une lésion tuberculeuse du poumon. »

Loi de CONHEIM : « Partout où le virus tuberculeux s'introduit et séjourne pendant un temps suffisant un produit tuberculeux ou scrofuleux prend naissance. Pour cette localisation première, c'est la porte d'entrée du virus qui joue le rôle important. Une fois introduit dans l'organisme, le virus se propage et se dissémine d'après les dispositions locales empruntant les voies naturelles lymphatiques ou veineuses. »

Cette lésion initiale désignée sous le nom de « chancre d'inoculation : ou de « foyer de Parrot-Küss » en France, sous celui de « foyer initial de Ghon » ou de « Primär-Komplex » en Allemagne, a été particulièrement bien décrite dans la thèse de Kuss. Pour cet auteur, le complexe primaire traduirait d'une façon presque constante la porte d'entrée du bacille de Koch dans l'organisme, le trajet des bacilles pouvant se schématiser de la façon suivante : transport aérien, fixation alvéolaire, transport lymphatique, fixation ganglionnaire. Telle est donc la conception classique de la genèse de l'infection tuberculeuse.

Il nous a semblé intéressant de vérifier par l'étude comparée des observations et des compte-rendus d'autopsie si les lésions perçues cliniquement et radiologiquement correspondaient exactement aux lésions anatomiques constatées à l'autopsie. Il ne nous est arrivé qu'exceptionnellement de trouver une superposition parfaite. Du reste, nombre d'auteurs ont mis en doute la fréquence de la constatation du complexe primaire chez l'homme (83 pour 100 des cas chez HUEBSCHMANN). Dans un très bel article publié récemment dans la *Presse médicale* par ARLOING et BERTHET sur le rôle des voies lymphatiques dans la genèse de l'infection tuberculeuse du poumon, ces auteurs insistent sur le fait que les lois de PARROT et de CONHEIM sont loin d'avoir le caractère de généralité et la signification formelle que leur avaient attribué ces auteurs. Du reste, RIBADEAU-DUMAS dans ses examens anatomiques relatés dans son livre sur : « Les débuts de la Tuberculose pulmonaire » avait constaté que les lésions pulmonaires susceptibles d'être considérées comme le chancre au point de vue anatomique étaient multiples, disséminées, et qu'en réalité il était plus fréquent d'observer des « chancres multiples » que le véritable chancre primaire.

Il nous semble donc qu'il y aurait intérêt à soumettre de nouveau tous ces faits à une critique serrée, d'autant plus intéressante que les

travaux de Kuss sont antérieurs à l'ère radiologique. En réalité ce qu'on voit surtout dans la littérature médicale c'est d'une part des études cliniques basées sur des considérations radiographiques et d'autre part des études anatomiques. Il est bien rare que l'on note des cas où l'on trouve indéniablement le chancre primitif et sa traduction anatomique. On a essayé évidemment de superposer la notion anatomique et la notion radiologique avec des arguments qui se défendent, mais il faut bien reconnaître qu'il est exceptionnel de trouver d'une façon précise à l'autopsie le même chancre primaire avec ses ganglions correspondant exactement à une radiographie. En admettant même que cette superposition existe, elle est une rareté par rapport aux nombreux cas de contamination que l'on peut observer. Elle ne constitue qu'un groupe éminemment « spectaculaire » dont la contemplation — à cause de la précision qu'elle apporte — satisfait l'esprit. Il faut bien reconnaître que cet ensemble ne constitue au fond qu'une modalité exceptionnelle. En exagérant un peu les choses on en arriverait presque à cette conclusion que l'existence d'un chancre unique n'est qu'une constatation exceptionnelle.

Il faut donc que nous trouvions pour les autres cas de contamination une autre manière de concevoir. Pour cela, il faut « imaginer » la pénétration du bacille.

En réalité, pour exprimer notre pensée clairement, il nous arrive tous les jours d'être en présence d'enfants et même de nourrissons qui sont en contact permanent avec des parents tuberculeux. L'intimité du contact est telle que ces enfants ne peuvent échapper à la contamination. D'autre part la notion d'une Cutiréaction ou d'une intradermoréaction positive à la Tuberculine vient encore contrôler la réalité de la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme, et pourtant ces enfants ne présentent à des examens répétés aucune image radiologique répondant au Complexe primaire, au Chancre tuberculeux. Dans ces cas-là, il faut bien que nous nous représentions autrement les conséquences de cette pénétration du bacille de Koch dans l'organisme.

Par où peut pénétrer le dit bacille dans le corps humain ? Il peut s'introduire par la voie respiratoire (KUSS), digestive (CALMETTE), voire même par la voie de la circulation générale à la suite de lésions externes des téguments ou des muqueuses (amygdales, dents, etc...), par voie lymphatique (ARLOING et BERTHET), enfin par la voie transplacentaire (LUMIÈRE, VALTIS, COUVELAIRE). Les discussions qu'ont soulevé ces différentes voies d'infection et leur fréquence réciproque

ne nous retiendront pas. Nous voulons essayer de comprendre ce que deviennent les bacilles une fois introduits dans l'organisme.

Quelle que soit la voie employée, si nous admettons que les bacilles arrivent en très grande quantité, ils nous donneront des lésions immédiates et qui peuvent devenir immédiatement évolutives et graves : par exemple de gros chancres tuberculeux, des pneumonies tuberculeuses, des granulies, et même des généralisations tuberculeuses (méningites, etc...).

Si au contraire nous avons des bacilles en petite quantité, et même en quantité ultra-minime, nous allons reprendre les différentes voies et voir ce que devient notre bacille.

Prenons par exemple la voie respiratoire. Que va devenir le bacille introduit dans la bronche ? Nous savons bien expérimentalement qu'une grande quantité de bacilles introduits dans les bronches de cobayes nous donnera des lésions d'alvéolite du type pneumonie caséuse étendue. Il y aura donc surtout des lésions alvéolaires extensives avec un processus immédiatement grave. Mais s'il y a une quantité minime de bacilles — exagérons même en envisageant l'introduction d'un seul bacille — il y a des chances pour que la cellule alvéolaire ne réagisse pas, ou si elle réagit, sa réaction vraisemblablement ne sera guère différente de celle qu'elle oppose quotidiennement à une poussière banale. Le bacille pénétrera dans la paroi où il sera absorbé par les lymphatiques, et il disparaîtra. Mais il peut aussi s'arrêter et dans ce cas il restera dans la paroi après avoir déterminé des réactions banales, dont nous ne pouvons que soupçonner les modalités. Et comme ces inoculations de bacilles se répètent, ces pénétrations successives peuvent se faire dans des territoires différents. Les bacilles sont charriés dans toute la trame du poumon, véhiculés par les sucs pulmonaires, et en particulier par les lymphatiques. Mais aussi, répétons-le, ils sont susceptibles de s'arrêter en n'importe quel point.

De sorte que nous en sommes amenés à cette conception finale que le bacille se dissémine dans toute la trame du poumon et qu'il est susceptible de rester là, jusqu'à ce que pour une raison ou pour une autre il vienne à prendre une nouvelle activité et déterminer autour de lui de nouvelles réactions.

Prenons maintenant la voie digestive : de l'estomac — d'après la thèse de CALMETTE — il passerait dans le foie, et par les veines sus-hépatiques repartirait dans la circulation générale. S'il est en

petite quantité, il va s'arrêter dans la trame du poumon et se comportera sensiblement comme le précédent.

Les mêmes considérations s'appliquent pour les bacilles introduits par voie circulatoire ou par voie transplacentaire.

Nous avons envisagé jusqu'à présent la localisation dans le parenchyme pulmonaire. Mais une fois introduit dans les lymphatiques il peut filer et s'arrêter ensuite en n'importe quel point de l'organisme où là encore il va pénétrer dans la trame de l'organe (reins, os, organes génitaux, etc...).

Quelle que soit la localisation, la lésion qu'il déterminera sera ultra-minime. C'est ce qu'on appelle la « micro-lésion ». Mais nous sommes préparés à concevoir que cette micro-lésion contenant des bacilles est susceptible de présenter une gamme de réactions allant de zéro jusqu'à l'infini. Nous sommes fondés à admettre que l'extinction complète est la modalité la plus fréquente, que la lésion importante est celle qui nous frappera le plus, mais qu'entre ces deux extrêmes il y a des modalités réactionnelles, dont l'importance est variable. C'est là que se placent les différents phénomènes vaso-moteurs, fluxionnaires, congestifs, inflammatoires entourant la « micro-lésion » à des degrés les plus variés.

CHAPITRE II

LES « RELIQUATS » DE LA PREMIÈRE CONTAMINATION

Nous pouvons donc considérer que la — ou les — contaminations premières ont déterminé des petites lésions, petites lésions disséminées, diffuses, qui ont abouti à un reliquat. Mais ce reliquat lui-même sera susceptible de se comporter de diverses façons : il pourra être définitivement éteint, représentant alors un véritable état cicatriciel, ou bien, il pourra être susceptible d'être le siège de phénomènes réactionnels.

Ces phénomènes réactionnels, nous ne pouvons forcément les connaître au point de vue anatomique, car on ne peut avoir l'occasion de les vérifier directement qu'à l'autopsie. Pour comprendre les faits qui sont susceptibles de se dérouler nous sommes amenés à des considérations en quelque sorte « spéculatives », en nous appuyant toutefois sur nos connaissances de pathologie générale, sur les notions que nous avons du tissu tuberculeux, enfin sur des considérations cliniques.

Comment donc nous représentons-nous ce reliquat ? Son siège central, nous l'avons vu, est dans la trame. Nous le concevons ainsi comme un tissu qui doit être proche parent du tissu de l'inflammation chronique ayant plus ou moins abouti à la cicatrisation, mais qui, et c'est ce qui fait son caractère, est susceptible de contenir des bacilles de Koch.

La manière dont nous concevons ce reliquat dépend elle-même de la conception que nous avons de la pénétration du bacille. La dissémination du bacille de Koch dans le parenchyme pulmonaire — sous forme de « bacille-unité » ou de quelques bacilles isolés — ne laissera dans le tissu interstitiel que des traces infimes : il sera digéré et dis-

paraîtra de la même façon qu'un corps étranger très petit, de la même manière, par exemple, qu'une poussière absorbée par la trachée. Par contre, s'il y a une accumulation de bacilles de Koch, la réaction sera forcément plus grande.

Dans un certain nombre de cas, non seulement le tissu interstitiel subit un processus réactionnel, mais les cellules alvéolaires qui sont au pourtour présentent une poussée inflammatoire. Le reliquat de cette poussée inflammatoire alvéolaire — après régression de celle-ci — viendra donc lui-même s'ajouter au reliquat du tissu interstitiel.

Nous sommes amenés à penser lorsque nous essayons de nous faire une image de ces reliquats qu'ils peuvent présenter la plus grande variation. On conçoit en effet aisément que la dissémination de ces reliquats est aussi grande que la dissémination du bacille. C'est dire que leur localisation ne peut être considérée que comme multiple. Ce reliquat peut siéger en n'importe quel point du parenchyme pulmonaire.

La taille de ce reliquat présente aussi vraisemblablement la plus grande variation, depuis « l'impalpable », « l'inappréciable », jusqu'à la taille visible et perceptible, soit qu'elle ne puisse être décelée que par le microscope, ou qu'elle puisse être appréciée macroscopiquement. Quand elle est suffisamment développée, elle peut évidemment atteindre la taille du classique Chancre d'inoculation.

Il s'ensuit donc que leur structure peut revêtir toutes les variations que nous connaissons dans le tissu inflammatoire et cicatriciel banal.

Qu'est donc ce tissu inflammatoire ? On sait que le tissu conjonctif renferme des éléments dont le rôle est très important, et qui ont été décrits par RANVIER sous le nom de « clasmatoctes ». DOMINICI leur a donné le nom de « cellules interstitielles ». KRYONO a proposé de les appeler « histiocytes », terme le plus généralement adopté aujourd'hui.

Il n'est point dans nos intentions de revenir sur la description et le rôle de ces histiocytes. Rappelons brièvement leurs principaux caractères : ces cellules sont disséminées un peu partout dans le tissu conjonctif, mais elles ont tendance à s'accumuler dans les espaces interstitiels des vaisseaux (cellules adventicielles de Marchand). Leur forme est extrêmement irrégulière à cause des nombreux prolongements cytoplasmiques auxquels elles donnent naissance. Leur noyau est arrondi, ou allongé, parfois incurvé ou réniforme. Leur cytoplasme renferme un chondriome granuleux abondant, et presque constamment des vacuoles, des gouttelettes graisseuses et des gra-

nulations de diverse nature. Dans les couches superficielles, ces cellules sont souvent encombrées de pigments mélaniques. Quant à leur importance biologique elle est considérable. Retenons simplement ce fait qu'elles sont susceptibles de se mobiliser sous l'influence de la moindre irritation et qu'elles se transforment alors en macrophages.

Un fait est dès maintenant important à noter : les bacilles de Koch conservant leur vitalité même à l'intérieur des cellules qui les ont phagocytés : ces cellules peuvent être détruites sous l'influence des toxines microbiennes, les bacilles mis en liberté sont de nouveau phagocytés et ainsi de suite. Dans ces conditions, la réaction inflammatoire peut se prolonger indéfiniment.

Ce fait étant admis, que va déterminer l'introduction du bacille dans la trame ? Il va déterminer comme tout corps étranger inflammatoire une réaction vasculaire susceptible de se traduire par une poussée congestive accompagnée d'une exsudation de liquide et d'une diapédèse leucocytaire. Les recherches expérimentales ont montré que la réaction exsudative déclenchée par la présence des bacilles est rapidement suivie d'une réaction tissulaire locale à laquelle participent activement les Histiocytes du tissu conjonctif. Ces cellules se multiplient rapidement, se mobilisent au moins partiellement et se transforment en éléments macrophagiques qui phagocytent les bacilles. Pendant ce temps, la réaction cellulaire continue : de nouveaux macrophages se forment qui se groupent en amas autour des cellules bacillifères et constituent ainsi l'ébauche du futur follicule tuberculeux, si celui-ci arrive à se constituer, car, répétons-le, tout peut se borner à l'enclavement du ou des bacilles par un ou plusieurs Histiocytes.

Si le follicule est constitué, il peut s'accroître et par suite de son extension arriver au contact et à la confluence avec d'autres formations semblables situées au voisinage. C'est ainsi que se constituent des groupements ou conglomerats folliculaires de plus en plus volumineux, qui peuvent aller jusqu'à réaliser le classique « Chancre d'inoculation ».

En somme les éléments qui caractérisent essentiellement le follicule tuberculeux : les cellules épithélioïdes et les cellules géantes résultent essentiellement d'une mobilisation et d'une métamorphose des éléments tissulaires locaux, tout particulièrement des histiocytes. Cette façon de voir est du reste confirmée par les travaux de Maximow qui, en inoculant des bacilles de Koch dans des cultures de

tissus divers (ganglions, épiploon, tissu conjonctif) aurait observé la formation de follicules tuberculeux *in vitro*.

Donc les réactions cellulaires locales produites par le bacille de Koch sont identiques à celles observées dans l'inflammation banale. Dans les deux cas, c'est aux Histiocytes qu'incombe le rôle prépondérant. Mais il est juste de reconnaître que ce rôle, pour être prépondérant, n'est cependant pas exclusif. L'étude des divers processus inflammatoires montre que toute cellule — quelle que soit sa nature — peut présenter des phénomènes réactionnels analogues dans des circonstances déterminées. La formation du follicule tuberculeux n'est pas l'apanage exclusif des Histiocytes. D'autres variétés cellulaires (fibrocytes, cellules épithéliales, cellules endothéliales vasculaires, etc...) peuvent se mobiliser, se transformer en phagocytes et contribuer ainsi — occasionnellement tout au moins — à la formation de cellules épithéliales.

Ajoutons de plus que ces états inflammatoires peuvent se continuer ou non, se rattacher ou non à travers la trame par les lymphatiques jusqu'aux ganglions qui se rattachent à eux, si bien que l'on peut très bien concevoir un reliquat inflammatoire s'accompagnant ou non de ganglions. Et nous voici ainsi amenés à concevoir dans ce cas où le reliquat s'accompagne d'une réaction ganglionnaire la possibilité de la constatation du Chancre d'inoculation typique des classiques.

Mais — et nous insisterons bien sur ce fait — cette multiplicité de caractères variés, cette possibilité d'associations diverses vient encore se compliquer du fait qu'il n'y a pas « une contamination unique », mais qu'il existe des contaminations successives par des apports successifs de contagé qui, sur un terrain déjà contaminé, peuvent vraisemblablement entraîner des réactions diverses.

Nous dévions ainsi, on le voit, des conceptions apportées ces dernières années. Si l'on veut bien admettre notre thèse des contaminations successives, on conçoit aisément que le Chancre d'inoculation de Kuss, le « Primum-Infekt » des auteurs allemands ne constitue qu'un cas particulier — lequel cas particulier a été, si nous osons dire, « monté en épingle » — des modalités de contamination et des reliquats que nous venons d'exposer.

Nous voyons tout de suite dans cette conception que nous admettons qu'il existe un « reliquat de première contamination ». Or c'est là une expression sinon fausse, tout au moins pas tout à fait exacte, car nous sommes persuadés que ce reliquat ne peut pas être, par défi-

dition même, absolument unique. Il n'y a pas « une » contamination, il y a « des » contaminations successives. Il s'ensuit qu'il ne peut exister « un » reliquat, mais un ensemble de reliquats de ces contaminations successives et répétées chez des individus soumis quotidiennement au contag.

Nous n'avons du reste admis jusqu'ici dans cette description que les reliquats des petites réactions, mais nous sommes bien obligés d'admettre — tant au point de vue théorique qu'au point de vue de la pratique courante — que des contaminations initiales peuvent déterminer des réactions plus étendues sur des territoires plus vastes. Ces réactions, nous le verrons dans un chapitre ultérieur, sont susceptibles de régresser et de laisser à leur suite des traînées de tissu inflammatoire, des rétractions de tissus, entraînant des asymétries plus ou moins importantes.

Mais nous n'avons envisagé jusqu'ici que l'atteinte du parenchyme pulmonaire. Il faut bien savoir que dès ce stade la plèvre peut être atteinte, et le reliquat se retrouvera d'emblée sous forme d'adhérences, de déformations telles que cul-de-sac épaissis ou comblés, etc....

Ces hypothèses anatomiques qui nous sont suggérées par des considérations spéculatives se trouvent étayées par des constatations effectives. Dans les autopsies, à distance des lésions principales, on sait qu'il est courant de trouver des lésions cicatricielles se rapprochant des lésions que nous venons de décrire.

Mais à côté de cet argument anatomique, nous pouvons nous appuyer sur un argument d'ordre expérimental. Lorsqu'on inocule des cobayes ou des lapins en leur injectant dans la trachée des doses infinitésimales de bacilles de Koch, on obtient des lésions minimes qui contiennent des bacilles de Koch, qui présentent les caractères du tissu inflammatoire, mais qui ne paraissent pas évolutives. Ces lésions peuvent arriver à la cicatrisation complète.

Une question se pose maintenant. Quel est le rapport qui peut exister entre ce reliquat et la quantité de bacilles introduite dans l'organisme ? Il est difficile d'admettre que toutes les considérations précédentes puissent jouer s'il s'agit de produits tuberculeux massifs introduits dans l'organisme, comme on peut le réaliser expérimentalement chez le cobaye dans des expériences type Vuillemin. Par conséquent si, au point de vue expérimental, on désire avoir quelques lumières, quelques éclaircissements sur ce qui se passe, il

faut tenir compte simplement des expériences faites avec des doses minimales de bacilles.

Ces dernières années, COSTIL (de l'Institut Pasteur) a effectué toute une série d'expériences qu'il a résumées dans sa thèse. D'autre part ces derniers mois dans le service de Clinique de la Tuberculose de la Faculté de Médecine de Paris, notre maître Paul BRAUN a repris et complété ce travail et entrepris de nombreuses inoculations à des cobayes de produits tuberculeux, et ce à des doses infinitésimales. Il résulte de ces expériences qui sont encore en cours que l'inoculation de bacilles de Koch en très petites quantités ne détermine pas de lésions caséeuses, ni de lésions ulcéreuses mortelles. Dans leur ensemble, leur caractéristique est de donner essentiellement des micro-lésions siégeant dans la trame des organes (en particulier dans la trame pulmonaire), puis suivant ensuite la voie lymphatique pour atteindre les ganglions. Dans ces reliquats, on peut trouver des bacilles par la culture et par la réinoculation, ce qui montre donc qu'il y a possibilité d'évolution ultérieure. « Ce sont des lésions actives, non évolutives » comme disait notre regretté maître LÉON BERNARD.

Ces bacilles de Koch ont encore un pouvoir contaminant, mais les lésions n'évoluent pas. De plus, fait extrêmement intéressant, et sur lequel nous nous réservons d'insister plus loin dans un chapitre spécial, chez ces cobayes ainsi inoculés et chez lesquels on trouve des bacilles de Koch, *la réaction à la tuberculine est et reste négative.*

Si nous quittons le domaine expérimental pour aborder le terrain clinique, nous verrons dans les observations des « groupes familiaux » que nous avons recueillies de nombreux exemples d'enfants vivant en contact permanent et intime avec des parents bacillifères. Chez ces enfants ainsi contaminés, et que nous savons parfaitement contaminés par leurs parents, un certain nombre d'entre eux présenteront une réaction à la tuberculine négative (Cutiréaction ou Intradermoréaction). Et ces Cutis, ces Intradermos resteront constamment négatives à des examens répétés.

Nous avons admis qu'à ce stade, les bacilles de Koch se disséminent à travers le territoire pulmonaire, quelle que soit leur mode de pénétration dans l'organisme. Mais nous n'oublions pas que ces bacilles traversent comme des poussières n'importe quel tissu et qu'ils peuvent être ainsi entraînés par la circulation dans tous les organes, en particulier dans le rein, dans les os, dans le système génital, etc... où ils pourront stagner dans le tissu interstitiel, dans la « trame »

même des organes. Et nous apportons donc ainsi une nouvelle théorie : celle du bacille de Koch préexistant, et non point entraîné secondairement du poumon dans les autres organes, comme il est admis généralement aujourd'hui. On conçoit aisément que dans ces organes, le bacille de Koch pourra laisser aussi des reliquats plus ou moins importants, lesquels reliquats seront eux aussi susceptibles d'une évolution ultérieure.

En résumé, si l'on veut embrasser d'un coup d'œil toutes les considérations que nous venons d'exposer dans ce chapitre, il paraît justifié de conclure de la façon suivante :

Le reliquat de la première contamination doit être en réalité considéré comme constitué par la « somme » de reliquats multiples et disséminés. Ces reliquats constituent une véritable « gamme » de lésions inflammatoires à des degrés divers, tant au point de vue de leur multiplicité, de leur nombre, de leur localisation, de leur structure, de leur contenu bactériologique que de leurs effets mécaniques secondaires, auxquels viendra s'ajouter, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, la gamme de leur pouvoir réactionnel et de leur potentiel évolutif.

CHAPITRE III

L'ÉVOLUTION DES « RELIQUATS »

Nous avons donc un reliquat. En tant que reliquat, il est par définition purement statique. Donc il n'aurait pas d'influence sur la santé générale, il ne pourrait donner lieu ni à des signes objectifs patents, ni à des signes subjectifs bruyants. Par conséquent on pourrait presque le considérer comme une sorte de corps étranger enclavé dans l'organisme, mais il est susceptible de contenir un organisme vivant. A ce double titre il a un pouvoir réactionnel et un potentiel évolutif, qui se traduiront en clinique par une certaine symptomatologie. Notre simple spéculation nous permettra d'avance d'en prévoir la plus grande variation.

Tout d'abord cette contamination — au point de vue réaction générale de l'organisme — peut se traduire par la réaction à la tuberculine. La présence du bacille paraît donc s'extérioriser par une réaction positive à la Tuberculine. Il paraît habituel, il semble normal qu'une lésion un peu importante, tel que le chancre d'inoculation, s'accompagne d'une réaction positive, réaction qui présente elle-même les degrés les plus divers, mais qui paraît jusqu'à plus ample informé comme indélébile. Telle est du moins l'opinion qui paraît à peu près admise par tous les auteurs qui se sont occupés jusqu'ici de la question.

Il y a un point cependant qui nous intéresse particulièrement : c'est de savoir si des contaminations minimales sont susceptibles d'exister sans qu'il y ait une réaction positive à la Tuberculine. Cette question nous paraît de grosse importance, étant données les considérations pratiques que l'on tire de la réaction à la Tuberculine. Nous sommes amenés à admettre, disons-le de suite, que dans les cas où la contamination est infime, la réaction à la Tuberculine peut rester négative.

Il ne faut pas se figurer en effet que la réaction à la Tuberculine est un fait absolu, qui ne puisse soulever aucune discussion. Il existe en effet tous les degrés, toutes les gammes entre une réaction franchement positive et une réaction négative. Qu'il s'agisse de Cutiréaction ou d'Intradermoréaction, on peut admettre qu'un individu puisse réagir plus ou moins à la Tuberculine. Comme toutes les réactions, quelles qu'elles soient, cette réaction comporte des degrés. Entre une réaction franchement positive et une réaction étiquetée nulle, que de variations possibles ! Nous pouvons donc très bien concevoir que des individus ayant subi une contamination par des bacilles de Koch — lorsque ceux-ci sont en quantité minime — soient susceptibles de ne pas présenter une réaction apparente à la Tuberculine.

Nous nous croyons autorisés de par ces considérations à mettre dans la catégorie des individus contaminés ceux qui ont des petits reliquats — même si ces reliquats ne déterminent pas de réaction positive à la Tuberculine. Il est en effet probable que de nombreux reliquats de cet ordre ne déterminent pas de réaction positive et ne donneront jamais lieu à une réaction positive.

Mais cependant la plupart des reliquats se traduisent par des réactions positives — et ce d'autant plus, semble-t-il, qu'ils sont plus apparents. Il y a donc là deux catégories, mais ces deux catégories, à les bien considérer, sont arbitraires. Nous sommes en effet obligés d'admettre qu'il y a entre les deux tous les intermédiaires.

L'expérience nous montre du reste que de la première catégorie un sujet peut passer à la seconde, par un « virage » de la réaction. Nous avons dans notre travail relevé, comme nous le verrons ultérieurement, de nombreuses observations d'enfants qui ont présenté jusqu'à un âge parfois avancé (10 ans, 12 ans et plus) une Cutiréaction négative à la Tuberculine — alors qu'ils vivaient en contact permanent avec leurs parents bacillifères — puis, sous l'influence d'une cause quelconque ou même sans motif apparent, on s'aperçoit quand on pratique une nouvelle réaction que celle-ci est devenue positive.

Envisageons maintenant au point de vue local ce que pourront devenir ces reliquats. Nous avons donc admis qu'ils étaient disséminés dans la trame : c'est là à proprement parler la « tramite initiale », hypothèse qui a été suggérée pour la première fois par BEZANÇON et BRAUN, pour expliquer le substratum anatomique de la période intermédiaire avec ses localisations multiples et disséminées et leur potentiel réactionnel.

Quel va être le sort de ces « reliquats interstitiels », de tout ce conglomérat d'histiocytes, de lymphangite, de tissu inflammatoire, disséminé à travers le parenchyme pulmonaire, en un mot de cette « tramite » telle que nous la supposons ?

On peut d'abord penser que ces reliquats ont la possibilité de rester tels quels sans jamais bouger : ce sont des reliquats définitifs qui demeureront là éternellement. C'est probablement le cas le plus fréquent. En effet, sur le grand nombre d'enfants que nous avons examinés appartenant à un groupe familial tuberculeux, la plupart ne présente rien d'autre qu'une Cutiréaction positive, témoin de leur contamination. Chez d'autres enfants, la seule modification que l'on puisse constater au cours de leur évolution, c'est un « virage » de la Cutiréaction qui de négative devient positive.

Mais par contre, dans un grand nombre de cas — et ce sont ceux qui retiennent l'attention — le reliquat donne lieu à des phénomènes réactionnels. Autrement dit, il est susceptible de subir une évolution, de « bouger » en quelque sorte.

Autour de n'importe quel point, autour de n'importe quel reliquat parcellaire pourront s'observer des phénomènes réactionnels. Ces phénomènes réactionnels revêtiront le plus souvent la forme fluxionnaire, congestive et inflammatoire.

Dans la thèse que BRAUN a inspirée à son élève Mourad SAHEB en 1931, ces phénomènes congestifs et fluxionnaires ont été remarquablement étudiés. Ces auteurs ont bien insisté sur ce fait que ces phénomènes peuvent porter sur n'importe lequel des éléments du tissu pulmonaire. Mais ce qui est encore peut-être plus important, c'est de montrer que tous ces phénomènes fluxionnaires, congestifs et inflammatoires se présentent sous toutes les « gammes ».

Ils peuvent porter sur le vaisseau (et il s'agit alors d'un phénomène vaso-moteur pur), sur l'alvéole, sur la bronche, sur la plèvre, et au fond sur le tissu interstitiel lui-même. C'est essentiellement, répétons-le, un phénomène de fluxion.

Il est un fait sur lequel notre maître le professeur BEZANÇON n'a cessé d'insister dans toutes les leçons qu'il a faites ces derniers mois à la Clinique de la Tuberculose. On a toujours tendance à considérer le poumon comme un organe aérien et creux : en fait c'est avant tout un organe vasculaire. « Il ne faut pas oublier qu'il y a dans les poumons 140 mètres carrés de surface vasculaire, dans lesquels passent par minute 21 litres de sang ! »

Par contre nous possédons des renseignements moins précis sur

l'innervation du poumon. On sait depuis les travaux de LE GALLOIS et FLOURENS, et plus récemment après les expériences de LURNSDEN que les centres respiratoires sont situés dans le bulbe, dans la moitié inférieure du plancher du quatrième ventricule. Pour certains auteurs tels que BROWN-SÉQUARD, LANGENDORF et WERTHEIMER, il existerait même des centres respiratoires médullaires associés.

C'est le Pneumogastrique qui est le grand nerf de la respiration. Mais d'autres nerfs jouent un rôle important dans l'inspiration et l'expiration normales ou forcées : le Phrénique, issu des 3^e et 6^e racines cervicales, n'est pas seulement le nerf moteur du diaphragme, mais il envoie aussi de nombreux filets sensitifs à la plèvre. Les muscles intercostaux, surcostaux et sous-costaux sont innervés par les nerfs intercostaux provenant des racines dorsales (de D² à D¹¹). D'autres branches du plexus cervical et profond du nerf spinal — voire même des nerfs abdominaux interne et antérieur, du plexus lombaire — contribuent également dans une certaine mesure à l'innervation respiratoire centrifuge.

L'innervation des bronches mérite également de retenir l'attention. Les muscles bronchiques de Reisseisen possèdent une innervation motrice double, une innervation constrictive et une innervation dilatatrice.

Les bronches se trouvent normalement sous l'influence d'un tonus constricteur maintenu par des excitations venant d'un centre localisé par WEBER dans le cerveau ; un deuxième centre serait situé dans la moelle. Ce tonus constricteur des bronches présente des augmentations rythmées et périodiques qui furent mises en évidence par DIXON et BRODIE, LUCKHARDT et CARLSON. Ces variations du tonus bronchique sont probablement d'origine centrale et en rapport avec l'activité du centre respiratoire : à l'inspiration et à l'expiration correspondent en effet respectivement un relâchement et une augmentation du tonus constricteur des bronches.

Dans les états vagotoniques, d'origine centrale ou périphérique, le tonus broncho-constricteur est exagéré, et peut provoquer des crises de broncho-spasme aigu, — telle la crise d'asthme.

*Les nerfs dilatateurs des bronches quittent en majeure partie la moelle au niveau du premier, deuxième et troisième segments thoraciques et rejoignent le ganglion étoilé et de là les poumons. D'autres fibres dilatatrices suivent la voie du sympathique cervical pour rejoindre le ganglion étoilé et se rendre de là aux poumons. D'après les expériences de PRÉVOST et SALOZ quelques fibres broncho-dila-

tatrices se trouveraient également dans le nerf vague ; une excitation électrique du nerf vague peut en effet provoquer une légère dilatation des bronches.

Les terminaisons nerveuses broncho-constrictives (para-sympathiques) et broncho-dilatatrices (sympathiques) ainsi que les fibres musculaires bronchiques peuvent être stimulées ou déprimées par de nombreux agents pharmacologiques. On sait par exemple que l'histamine, la choline, l'acétylcholine, la pilocarpine, le chloroforme, l'éther, la digitaline, etc..., contractent les bronches, tandis que l'adrénaline, l'atropine, la caféine, etc..., dilatent les bronches.

Mais le sympathique exerce également son action sur les alvéoles pulmonaires et tous les éléments constituant le poumon et la plèvre. Sans doute son rôle est ici plus difficile expérimentalement à mettre en évidence. Cependant dans un article très documenté paru récemment dans les *Annales de Médecine*, REILLY, RIVALIER, COMPAGNON, FRIEDMANN, PHAM et DU BUIT, publient les résultats d'expériences du plus haut intérêt qu'ils ont pratiquées sur des cobayes.

« Nul n'ignore, disent ces auteurs, à propos du phénomène de Koch, que la réinoculation de bacilles à un cobaye tuberculeux entraîne dans les heures qui suivent l'apparition d'un placard œdémateux et livide, puis violacé et hémorragique qui rapidement sa nécrose. Dès la vingt-quatrième heure, les examens histologiques montrent dans le derme la présence de polynucléaires pycnotiques, de globules rouges extravasés et des altérations des capillaires caractérisées par un boursoufflement de leur épithélium. Les jours suivants, on constate la transformation, dans l'hypoderme, des cellules fixes en macrophages, alors que parmi les nappes de polynucléaires apparaissent les vaisseaux, dont les cellules sont tuméfiées et la lumière souvent oblitérée par ces cellules desquamées. Ici encore s'affirme macroscopiquement et histologiquement cette atteinte vasculaire qu'une altération des fibres sympathiques sous l'influence d'un poison ou agent physique reproduit constamment chez le cobaye. Que l'on modifie les voies de réinoculation de bacilles de Koch à un animal tuberculeux, et l'on observera dans les séreuses ou les organes la survenue des mêmes lésions hémorragiques : exsudat inflammatoire dans le péritoine — connu encore sous le nom de phénomène de Bail — épanchement séro-hématique dans la plèvre — obtenu pour la première fois par PATERSON — congestion intense des capillaires du poumon et alvéolite desquamative — étudiée par F. BEZANÇON et DE SERBONNES. Or, et à nous en tenir à ces dernières réactions

pleuro-pulmonaires, il nous suffira d'indiquer qu'avec nos amis A. LAPORTE et A. MEYER, nous les avons déterminées avec la plus grande facilité chez le chien en injectant dans le ganglion étoilé différentes substances toxiques ou simplement irritantes, poudre de lycopode par exemple (expériences encore inédites). »

On comprend donc aisément que sur un organe aussi richement vascularisé qu'est le poumon les phénomènes fluxionnaires puissent se produire avec la plus grande facilité. De plus nous venons d'envisager quelle est la complexité de l'innervation pulmonaire avec la part prépondérante qu'y prend le système sympathique. Il s'ensuit que le rôle de ce système sympathique puisse être de première importance dans la physio-pathologie du poumon.

Revenons à l'étude des phénomènes réactionnels. Ceux-ci peuvent porter sur n'importe lequel des tissus constituant le poumon au voisinage du reliquat. L'analyse spéculative simple, là encore, va nous faire prévoir ce qui peut arriver.

A la base on trouve le phénomène vaso-moteur, c'est-à-dire le phénomène vasculaire, donc phénomène de congestion vasculaire. Dans son expression clinique la plus simple, la plus évidente, il va se traduire par une hémoptysie, puisque, — au cours de ce phénomène congestif — le sang peut extravaser dans les alvéoles et être rejeté ensuite à l'extérieur. Ici encore nous ne voulons point envisager les multiples conditions étiologiques dans lesquelles peut se produire une hémoptysie, ni épiloguer sur sa symptomatologie si variée. Nous la considérons simplement à titre de « poussée fluxionnaire », mais nous insisterons cependant sur l'importance de ce phénomène, car il attire l'attention du malade. D'autre part l'expérience clinique nous prouve que dans l'immense majorité des cas une hémoptysie peut être considérée comme symptomatique d'une tuberculose pulmonaire. « Toute hémoptysie qui n'a pas fait sa preuve doit être considérée comme de nature tuberculeuse » (LÉON BERNARD).

Au point de vue alvéolaire, on comprend très bien aussi que les phénomènes congestifs — au lieu de déterminer l'irruption du sang dans les cavités aériennes — y déclenchent un afflux de sérosité dans les alvéoles, alvéolite du type exsudatif allant depuis la simple et banale alvéolite catarrhale jusqu'à la véritable spléno-pneumonie. Il y a donc là encore une véritable « gamme » au point de vue de l'intensité de la réaction, de son étendue et de ses associations.

Ces phénomènes exsudatifs peuvent porter essentiellement sur les bronches. Il s'ensuit un incident bronchique, revêtant le plus sou-

vent le type de bronchite catarrhale à type fluxionnaire. Là encore, dans sa thèse, SAHEB a bien insisté sur les caractères de cette fluxion bronchique qu'il a raison, semble-t-il, d'isoler de la bronchio-alvéolite, décrite par TRIPIER, car les phénomènes congestifs peuvent porter uniquement sur la bronche, sans aucune participation alvéolaire, semble-t-il, tout au moins en apparence. Ce sont ces cas qui répondent cliniquement à ce que MARFAN décrit sous le nom de « Tuberculose pseudo-grippale curable ». On peut donc aisément concevoir qu'ici encore ces phénomènes réactionnels bronchiques présenteront la plus grande variété.

On comprend très bien aussi que la plèvre puisse réagir de la même façon, puisqu'elle constitue en quelque sorte l'épanouissement de la trame du poumon. En effet ses vaisseaux, ses lymphatiques et ses nerfs se continuent directement avec ceux du poumon. De même que la pneumonie représente une fluxion alvéolaire pure, la fluxion pleurale peut aussi apparaître comme à l'état isolé. Le type de cette fluxion pleurale pratiquement pure est fourni par la pleurésie séro-fibrineuse classique. Mais à côté de cette affection nettement individualisée au point de vue clinique prennent place toutes les pleurésies plus ou moins bâtarde, toutes les pleurites sèches ou avec épanchement où la fluxion pleurale apparaît plus ou moins nette suivant les cas. Notons du reste que si la pleurésie séro-fibrineuse se présente pratiquement comme une fluxion pleurale pure, elle comporte cependant un certain degré de participation corticale (Loi de STOKES).

Voyons maintenant l'intérêt de ces incidents que nous allons essayer d'envisager dans leur ensemble.

Leur principal intérêt, comme SAHEB a essayé de le montrer, c'est que leur existence est incontestable au point de vue clinique. Nous adoptons nous aussi le groupement qu'il a proposé : en effet, ces incidents semblent bien constituer des phénomènes fluxionnaires sous la dépendance du phénomène vaso-moteur, et nous admettons parfaitement que ces incidents puissent se produire autour d'une lésion importante, et cela ne fait aucun doute.

Nos connaissances de pathologie générale nous permettent d'admettre que ces incidents peuvent survenir aussi autour d'un reliquat, si minime soit-il, et même s'il reste au-dessous de l'appréciation clinique et de l'observation radiologique.

Nous insisterons également sur ce fait que ces incidents fluxionnaires peuvent se produire sous l'influence d'une cause identique qui déclanchera ce phénomène vaso-moteur. Nous envisagerons plus

tard quelles sont les causes secondes susceptibles de déterminer cette réaction vaso-motrice. Le seul point que nous désirons bien préciser à ce chapitre, c'est qu'une de ces causes secondes — quelle qu'elle soit — est susceptible de toucher n'importe quel point du tissu pulmonaire qui réagira suivant sa qualité propre. Au niveau du tissu vasculaire il pourra déterminer une hémoptysie, au niveau de l'alvéole, une alvéolite, etc...

Par ailleurs, il est évident que nous connaissons bien ces phénomènes quand ils sont bruyants ou tout au moins quand ils revêtent une certaine intensité. En particulier une hémoptysie quand elle se produit et qu'elle a une certaine importance ne peut passer inaperçue, et elle éveillera immédiatement l'attention du médecin qui l'observe, et même souvent aussi celle du malade. L'un et l'autre suspecteront presque toujours son origine tuberculeuse. Il n'en va pas de même des autres incidents fluxionnaires. L'expérience clinique montre en effet que ces phénomènes qui pour nous ont la même valeur séméiologique — toutes proportions gardées n'ont pas la même importance au point de vue diagnostic étiologique. C'est ainsi que la bronchite, par exemple, lieu commun de nombreuses causes, n'attirera pas l'attention au point de vue de son origine tuberculeuse possible, comme le feront une pleurésie, une cortico-pleurite ou une spléno-pneumonie type Grancher, qui seront toujours suspectées par un clinicien averti comme pouvant relever d'une infection bacillaire.

La connaissance de ces incidents résulte du fait que leur apparition coïncide d'habitude avec des phénomènes fonctionnels généraux suffisants, et pour tout dire des phénomènes réactionnels bruyants imposant au malade un arrêt de son activité et nécessitant l'intervention du médecin. C'est là un fait banal, sur lequel nous n'insisterons pas. Les points sur lesquels il nous paraît intéressant d'attirer l'attention sont les suivants :

Ces phénomènes congestifs et fluxionnaires — en dehors de l'hémoptysie qui peut du reste elle aussi être de minime importance et se borner à quelques crachats striés de sang, si bien qu'elle peut être vite oubliée du malade — ces phénomènes congestifs et fluxionnaires donc sont susceptibles de rester latents et de n'attirer l'attention ni de l'intéressé, ni du médecin. Ils ne se traduisent souvent par aucun signe fonctionnel, par aucune modification de l'état général. En particulier bien souvent ils se produisent sans entraîner aucune modification de la température. Et ceci, notamment chez les enfants,

chez lesquels on voit se développer nombre d'épithuberculoses sans qu'elles s'accompagnent d'une réaction fébrile, même légère.

De sorte qu'une réaction alvéolaire, qu'une réaction pleurale, bronchique et même vasculaire pourront se produire sans qu'on en garde le souvenir, sans qu'on les voit s'extérioriser cliniquement. La réalité de leur apparition est seulement confirmée par l'expérience que nous ont apportée les examens systématiques de nos malades et en particulier les examens radiologiques en série.

Envisageons maintenant quelle va être l'évolution de ces phénomènes fluxionnaires. Ils vont forcément aboutir à quelque chose, mais quel sera cet aboutissement ?

Tant qu'il n'y a pas apparition de phénomènes de caséification — et nous laisserons de côté pour le moment cette éventualité — ils vont aboutir à la résorption de tout ce qui est exsudatif. Mais il s'agit, ne l'oublions pas, d'un phénomène inflammatoire. Il serait donc bien étonnant qu'il puisse apparaître et disparaître sans laisser aucune trace. Une restitution *ad integrum* en pratique nous paraît évidemment toujours possible, mais nous pouvons penser aussi qu'il peut tout de même se produire un reliquat. Et ce reliquat de ce processus inflammatoire sera exactement le même que celui que nous avons décrit à la suite de la première contamination. L'importance de ce nouveau reliquat constitue là encore une nouvelle « gamme » tant au point de vue de ses dimensions qu'à celui de son étendue, de son contenu bactériologique et des influences mécaniques secondaires qu'il aura entraînées sur le tissu pulmonaire.

Tout se passe comme si le reliquat primitif situé dans la trame, le « reliquat tramique » initial s'était aggravé dans des proportions variées et imprévisibles.

D'autre part, de même que nous avons pensé que ces reliquats primitifs peuvent se produire en des points variés du parenchyme pulmonaire, ainsi ce processus peut se faire en des endroits différents du poumon ou de la plèvre. Dans ce dernier cas il sera alors susceptible d'entraîner des adhérences, des rétractions en différents points du tissu pleural.

Nous avons vu plus haut que ces processus inflammatoires ont une intensité très variable, qu'ils peuvent même ne s'accompagner d'aucune réaction. Nous sommes donc amenés à admettre qu'en dehors des processus qui peuvent être saisis par un examen systématique, il en est d'autres où le processus reste d'ordre inflammatoire, mais sans exsudat et demeure essentiellement interstitiel.

Il est en effet nécessaire de concevoir — pour bien suivre le processus qui explique le développement de la tuberculose — que le tissu interstitiel puisse être le siège d'un état réactionnel sans exsudat dans les cavités alvéolaires bronchiques et pleurales. Cet état réactionnel reste essentiellement dans la trame.

Notre hypothèse qui remplace la connaissance exacte des faits nous permet d'envisager que ce processus peut être unilatéral ou bilatéral et se reproduire à l'infini, avec toutes les « gammes » possibles. Et c'est à l'occasion d'une de ces poussées fluxionnaires que le processus pourra déterminer, comme nous l'avons vu, un virage de la réaction à la tuberculeuse qui de négative deviendra positive. C'est ce virage de la réaction passant ainsi au-dessus du seuil de l'appréciation clinique qui pourra être une et parfois la seule manifestation extériorisable du processus.

Nous n'avons eu en vue jusqu'à présent dans ce chapitre que le tissu pulmonaire, mais notre conception nous a conduit à penser que les reliquats pouvaient siéger sur n'importe quel organe du fait de la dissémination du bacille dans tout l'organisme. Il s'ensuit que des phénomènes réactionnels, congestifs et inflammatoires semblables à ceux que nous avons envisagés au niveau du parenchyme pulmonaire, peuvent se produire sur la trame de n'importe quel organe.

Si nous suivons donc ce processus — et si nous admettons qu'il ne s'arrête pas — il s'ensuit qu'au cours du développement de l'individu qui augmente en âge, ces diverses attaques inflammatoires auront laissé un état d'inflammation interstitielle qui présentera les gammes les plus diverses, et qui contiendra les états bacillifères les plus variés. Il se sera donc produit, malgré les états exsudatifs nouveaux, en cours de route un tissu nouveau, et la tuberculose est devenue ainsi essentiellement une tuberculose « productrice et constructive ». De sorte qu'en suivant l'évolution depuis le commencement — c'est-à-dire la pénétration du bacille dans l'organisme — jusqu'à la période plus ou moins avancée à laquelle nous arrivons, nous nous trouvons maintenant en présence d'une tuberculose « constructive » qui a été entrecoupée par des processus exsudatifs qui se sont résorbés.

Arrivés à ce stade, nous ne pourrions donc plus opposer la tuberculose productrice à la tuberculose exsudative. Nous avons vu continuellement que le processus exsudatif est survenu en même temps que le processus constructif. Tous deux évoluent simultanément, se chevauchant en quelque sorte. Nous en arrivons donc à la conception qui a été si bien établie par les auteurs lyonnais, en parti-

culier TURPIN et BARD, de la tuberculose fibreuse. Nous saisissons parfaitement que le processus ait pu atteindre le tissu interstitiel sans déterminer à aucun moment des processus exsudatifs importants.

Quel va être l'aboutissement de ce processus interstitiel ? On connaît parfaitement l'évolution de la tuberculose fibreuse. Le seul point qui nous intéresse est de savoir, que du moment que le processus tuberculeux n'a pas entraîné la mort chez l'enfant, des atteintes multiples — soit patentes, soit latentes — sont susceptibles de déterminer une atteinte du tissu interstitiel, atteinte dont le degré est plus ou moins important, dont les localisations seront plus ou moins bien délimitées, mais qui constitueront dans leur ensemble l'état de « tramite ».

Mais il vient de plus s'ajouter à ce processus bien facile à comprendre — tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique — en n'importe quel point du poumon, pour des raisons que nous ne connaissons pas, un nouveau processus : le processus ulcéro-caséeux aboutissant à la destruction des tissus et de l'exsudat quand il existe. Ce processus, qui peut survenir à n'importe quel moment, peut porter sur tous les tissus de l'organisme, sans distinction. Ce processus ulcéro-caséeux, considéré comme spécifique de la tuberculose, car il n'existe dans aucune autre affection, constitue encore le mystère de cette maladie.

Nous voyons ainsi qu'en cours de route des incidents plus ou moins latents, plus ou moins patents viennent s'additionner et constituent finalement une altération plus ou moins importante de la trame, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la perception clinique et radiologique, entraînant ou non une modification de la réaction à la tuberculine. Par conséquent, sur des individus d'une même famille, sur des enfants notoirement contaminés, vivant dans des conditions apparemment semblables, l'aboutissant de ces processus va être très variable, comme nous le verrons dans le chapitre suivant. Cet aboutissant va être lui aussi représenté par une « gamme » qui va depuis l'inaudible, l'imperceptible radiologiquement, jusqu'aux grosses modifications du tissu interstitiel se traduisant cliniquement et radiologiquement par des manifestations importantes.

On voit donc combien notre conception est différente de la théorie classique qui ne concevait le début clinique de la tuberculose chronique qu'à la période destructive partielle, lorsqu'apparaissaient les phénomènes ulcéreux et caséux. Ceux-ci, qui peuvent du reste revêtir une intensité minime, sont susceptibles de se produire à

n'importe quel moment de la phase que nous venons d'envisager, et cela dans les conditions les plus diverses.

Quand le tissu interstitiel est très fortement atteint, c'est sur lui, c'est autour de lui que vont venir se développer les phénomènes ulcéro-caséeux. Mais nous avons vu aussi que l'atteinte du tissu interstitiel peut être des plus minimes, qu'elle peut rester au-dessous des limites de l'appréciation clinique et en particulier radiologique. Et cependant à notre avis ce sont sur ces reliquats inaudibles, imperceptibles, que peuvent se développer les phénomènes ulcéro-caséeux à n'importe quel moment de l'évolution. Ces phénomènes ulcéro-caséeux paraîtront donc primitifs en apparence ; en réalité ils ne viendront que compliquer le processus interstitiel, compliqué ou non des phénomènes fluxionnaires, qui apparaîtra comme en en faisant le substratum.

Ce processus ulcéro-caséeux, dont le déterminisme est inconnu, mais qui marque une des phases importantes de la maladie, peut survenir, répétons-le, à chaque moment de l'évolution et s'ajouter au processus interstitiel que nous venons de décrire. Il peut apparaître au cours de l'incident exsudatif, il peut survenir à la période de régression, quand le tissu interstitiel s'organise à nouveau. Enfin il faut bien savoir qu'il peut porter sur n'importe lequel des éléments si divers du tissu pulmonaire (vaisseau, bronche, alvéole, etc...).

En résumé, la conception pathogénique et anatomo-pathologique que nous venons d'exposer nous paraît être jusqu'à plus ample informé celle qui rend le mieux compte des différents degrés cliniques ou anatomiques sous lesquels apparaissent les aboutissants de l'infection tuberculeuse, tels qu'ils surviennent aux différentes phases de l'évolution chez le même individu — ou mieux encore chez les divers individus d'une même famille.

Cette conception clinique et anatomique de la « tramite » tuberculeuse nous fait aussi comprendre que l'opposition que l'on a voulu faire entre la tuberculose de l'enfant et même du nourrisson d'une part — et la tuberculose de l'adulte d'autre part, est une opposition artificielle et didactique. En réalité la réaction du tissu interstitiel se poursuit depuis le moment de la contamination jusqu'à l'apparition d'un incident, par conséquent depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, et même parfois chez le vieillard. Elle varie suivant la précocité de la contamination à un âge donné, suivant l'importance même de cette contamination, mais aussi suivant l'intensité des phénomènes fluxionnaires et inflammatoires qui se sont produits autour du tissu.

La seule différence que l'on puisse relever entre la Tuberculose de l'enfant et celle de l'adulte, c'est que, toutes choses étant égales, les phénomènes fluxionnaires et inflammatoires sont plus marqués chez l'enfant, et que — au fur et à mesure que l'individu augmente en âge — le tissu interstitiel et par conséquent les réactions qui se produisent à son niveau prennent plus d'importance et sont donc plus facilement appréciables.

CHAPITRE IV

DES “ CAUSES SECONDES ”

Nous venons d'envisager dans les précédents chapitres la « gamme » des manifestations cliniquement appréciables, et nous avons essayé de montrer parallèlement le substratum anatomique par différentes hypothèses et arguments.

Nous étant attachés à étudier les caractères que présente la contamination tuberculeuse des enfants d'une même famille — et en particulier des familles nombreuses — nous avons été frappés par le fait que les éléments de la « gamme » clinique se retrouvaient chez les divers individus de cette famille.

Disons tout de suite que nous avons fait un choix parmi les multiples observations que nous avons consultées dans les Dispensaires et les Services hospitaliers auxquels nous nous sommes adressés. Nous n'avons retenu que les familles où le contamineur (ou la contaminatrice) restait en contact direct avec ses enfants. Nous avons donc éliminé de notre travail tous les cas où le tuberculeux se séparait du « groupe familial » pour entrer à l'hôpital ou au sanatorium. Cette discrimination a eu l'inconvénient de nous forcer à rejeter des observations d'un grand intérêt, mais elle présente à nos yeux le mérite de nous permettre de considérer dans tous les cas envisagés que la contamination directe est seule possible. Il est bien difficile en effet d'admettre qu'un tuberculeux porteur de bacilles vérifiés à plusieurs examens et vivant en contact quasi permanent avec ses enfants ne puisse être considéré comme l'agent contamineur. Ajoutons à cela que nos observations portent presque toutes sur la classe ouvrière. Pour chacune de ces familles, nous avons mis en tête de chaque observation la note communiquée par le Service social précisant les conditions hygiéniques de l'habitation, la situation

économique du groupe familial. Nous verrons que dans l'ensemble elles sont médiocres, et bien souvent déplorables. Nombres de tuberculeux cavitaires (et en particulier dans nos observations nos III, VI, VII, IX, X) ont vécu durant des années, entassés avec leurs enfants (dont certains partageaient le même lit) dans des chambres mal aérées, mal éclairées, mal chauffées — bref dans les plus navrantes conditions hygiéniques.

Il nous semble donc logique d'admettre dans toutes nos observations que la contamination n'a pu être que directe.

Ce point étant posé, envisageons maintenant quelles sont les manifestations tuberculeuses cliniques que nous avons pu retrouver parmi les individus de ce groupe familial ainsi directement contaminés ? Disons tout de suite qu'elles présentent la plus grande variété. Le détail de nos observations — et notamment les courbes par lesquelles nous avons essayé de schématiser les degrés de gravité — rendent bien compte de la variation du comportement des sujets vis-à-vis de la Tuberculose.

Nous n'avons absolument pas l'intention dans ce travail d'insister sur la description clinique même de ces incidents. Ce serait toute l'histoire de la Tuberculose que nous aurions à envisager. Nous avons simplement tenté — comme nous le verrons plus loin — de grouper les incidents suivant leur gravité, tentative un peu artificielle qui n'est simplement destinée qu'à faciliter notre exposé.

Tout peut se voir, depuis l'absence de manifestations quelles qu'elles soient (y compris les cas où la réaction cutanée à la Tuberculine reste négative) jusqu'aux accidents les plus graves : Tuberculose excavée, méningite tuberculeuse, granulie, etc... Il nous paraît même impossible d'énumérer toutes les manifestations tuberculeuses pouvant s'étager entre ces deux extrêmes — tellement leur variété en est grande. — Elles peuvent atteindre tous les organes, elles peuvent revêtir tous les aspects.

Toutes ces manifestations, on le voit, constituent bien la « gamme » clinique correspondant à la « gamme » des réactions anatomiques que nous avons envisagée dans les précédents chapitres.

Il était légitime cependant d'essayer de mettre un certain ordre dans ces faits.

La première idée que nous avons eue, c'est que l'importance de la Tuberculose variait avec l'âge des sujets. C'est d'ailleurs l'opinion courante. Tous les médecins ont en mémoire les lois justement classiques que LÉON BERNARD et DEBRÉ ont formulées concernant l'in-

fection tuberculeuse du nourrisson et sa prophylaxie. On connaît également les funestes conséquences de la primo-infection sur les enfants du premier âge. Il semble logique d'admettre que les enfants qui sont en contact avec les parents au moment où ceux-ci sont les plus grands contaminateurs doivent être les plus touchés. On peut supposer également que les enfants les plus jeunes paraissent être également ceux qui doivent être les plus atteints — du fait de la moindre résistance de leur organisme.

Si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur nos courbes où nous avons mis en abscisses l'âge de nos enfants et en ordonnées le degré de manifestations, l'irrégularité même de nos courbes nous donnera immédiatement un démenti. Et si nous essayons de classer les enfants d'après leur nombre d'années, on reconnaît facilement que le degré de gravité que revêt l'affection n'est pas en rapport avec l'âge, contrairement à ce que l'on attend. Et cependant le moment où la contamination paraît devoir être la plus grande est évidemment celui où l'enfant se trouve en contact direct et le plus intime avec ses parents. Nos observations ne nous permettent pas du tout de conclure, ni même de tirer quelques déductions de l'influence de l'âge sur la gravité de l'infection tuberculeuse.

Envisageons maintenant l'influence du *sexe*. On sait que nombre d'auteurs — en particulier ARNOULD dans son travail sur la Mortalité tuberculeuse du sexe féminin — ont soutenu que les filles étaient plus contaminées que les garçons. DESNOYELLES, dans son beau travail *L'Etude statistique sur l'étiologie de la Tuberculose pulmonaire de l'adulte*, portant sur 300 observations, donne une proportion de 48 personnes du sexe masculin contre 52 femmes. Nos observations comportent un nombre sensiblement égal de filles et de garçons. Il semble bien que les filles soient un peu plus touchées que les garçons, mais la différence n'est pas tellement grande que l'on puisse incriminer le sexe.

Peut-on incriminer le *degré de la contamination* ? Cela nous paraît difficile, étant donné le choix des observations sur lesquelles a porté notre étude. Il s'agit, répétons-le, de tuberculeux le plus souvent cavitaires qui ont refusé, malgré toutes les sollicitations dont ils ont été l'objet, de se séparer du groupe familial. Si dans quelques cas ils ont consenti à se faire hospitaliser ou à rentrer en sanatorium, cette séparation n'a duré que quelques mois — voire même quelques semaines. On peut donc considérer que la contamination a été à peu

près égale pour tous les membres d'une même famille. Sans doute, à mesure que les enfants avançaient en âge, on peut supposer que la fréquentation du milieu familial a été moindre, mais pour les nourrissons, pour les enfants en bas âge cette considération ne nous paraît pas devoir entrer en ligne de compte — surtout répétons-le, dans les circonstances hygiéniques et sociales déplorables où vivaient les familles sur lesquelles a porté notre enquête.

Ce ne sont donc ni l'âge, ni le sexe, ni le degré de contamination qui paraissent devoir intervenir. Il en résulte donc qu'il n'y a pas d'ordre apparent dans le classement que nous essayons de faire. La contamination familiale étant la même, il nous faut donc concevoir d'autres hypothèses.

Quand les enfants sont plus tard séparés de leur famille, on envisagerait volontiers une réinfection exogène, dont l'importance serait du reste à discuter. Mais tant que nous avons affaire à de jeunes enfants — à des enfants en bas âge, où il n'y a pas de séparation familiale suffisante — il nous semble ici encore difficile d'admettre que l'incident puisse être attribué à une infection exogène ayant porté sur un enfant et ayant épargné les autres — tout au moins dans la plupart des cas. Dans les observations que nous avons envisagées, nous pensons que seule la contamination familiale entre en ligne de compte.

Il nous faut donc envisager d'autres explications et penser que d'une façon générale la contamination et les conditions de cette contamination sont identiques chez un groupe d'enfants du même âge et de la même famille. Si l'un quelconque de ces enfants vient à présenter une manifestation tuberculeuse différente, il faudra invoquer autre chose que la contamination. Ce sont ces causes que BEZANÇON et BRAUN ont désignées sous le nom de « causes secondes ».

Ici encore, quand on envisage dans l'ensemble ces « causes secondes », on est tout de suite frappé par leur extrême diversité. Nous allons cependant essayer de les grouper, suivant leur nature — nous réservant d'insister sur certaines d'entre elles qui présentent à nos yeux un intérêt particulier.

Nous envisagerons d'abord les facteurs climatiques et saisonniers. On sait que depuis longtemps les auteurs ont incriminé le climat marin, les hautes altitudes, l'humidité atmosphérique, l'action directe des rayons solaires, les vents forts. Nous n'avons pas eu l'occasion de retrouver de semblables facteurs dans les observations que nous avons relevées. Mais nous aurions tendance par contre à approuver

les conclusions des travaux de WAGNER et de STÉPHANIE, qui ont insisté sur le fléchissement saisonnier de la résistance générale — en particulier au printemps. En effet, dans nombre de nos observations nous avons remarqué, en particulier chez les jeunes enfants, la fréquence de l'apparition des incidents fluxionnaires aux mois de mars et d'avril.

Dans un deuxième ordre de faits, nous retiendrons l'importance des *facteurs physiques*. Le changement brusque de température est une cause fréquente, qu'il s'agisse du passage du chaud au froid — ou de l'inverse. On a beaucoup insisté aussi sur l'importance du decubitus — ou au contraire de l'effort physique — et en particulier de la course. Ce point nous intéresse tout spécialement. Depuis de longues années, et durant notre Internat, nous avons été amenés à examiner de nombreux sportifs pour des motifs d'ordre très divers. Il s'agissait d'adolescents présentant pour la plupart l'apparence d'une santé parfaite, possédant presque tous une musculature développée. Nous avons été frappés par la fréquence avec laquelle survenaient chez ces sujets apparemment indemnes de toute lésion tuberculeuse des hémoptysies ou tout autre incident révélateur. L'interrogatoire le plus serré ne nous a jamais permis dans tous les cas que nous avons examinés de retrouver la moindre notion de contagion — tant dans leurs antécédents familiaux que dans leurs antécédents personnels. Nous en sommes arrivés à nous demander s'il ne fallait point incriminer pour expliquer l'éclosion brutale de ces accidents les efforts physiques souvent exagérés que nécessite un entraînement à une compétition, à un championnat. Ajoutons que la plupart de ces sujets ont présenté ultérieurement une tuberculose à forme rapidement évolutive.

Pour en revenir à l'étude du groupe familial, il nous semble parfaitement logique d'admettre que dans certains cas il faille penser incriminer un effort physique comme origine possible des accidents. On sait la place que tient le sport à l'heure actuelle dans les préoccupations enfantines, particulièrement chez les jeunes garçons. Il ne nous viendra point à l'idée de nous élever contre le principe de l'éducation physique dont nous sommes les premiers à reconnaître les bienfaits — surtout dans ces milieux où les conditions d'habitation et de nourriture sont si déplorables. Mais nous souhaiterions que dans chaque école, chaque patronage, chaque club sportif, les dirigeants imposent une visite médicale systématique et répétée à tout enfant désirant s'adonner à un sport de compétition.

Il nous faut envisager maintenant les facteurs physiologiques. On sait que toutes les périodes de la vie qui s'accompagnent de perturbations importantes dans les sécrétions internes constituent pour le sujet des « crises » dangereuses au point de vue de l'éclosion ou de la précipitation de la Tuberculose.

En premier lieu il faut invoquer la *Puberté* : à cet âge en effet, la maladie semble souvent sortir en quelque sorte de sa torpeur pour prendre une allure évolutive parfois rapide, d'autres fois révélée seulement par un certain nombre d'épisodes congestifs. Nous avons relevé dans nos observations deux cas particulièrement typiques à ce propos. Dans le premier, il s'agissait d'une fillette chez laquelle de nombreuses cutis, avaient été négatives jusqu'à l'âge de 12 ans. A ce moment, la cutiréaction devint positive, et même fortement positive, et ce virage de la réaction coïncida à quelques jours près avec la survenue des premières règles. Dans le second, plus significatif encore, l'apparition des menstrues fut suivie d'une pleurésie séro-fibrineuse à évolution traînante, au décours de laquelle on vit survenir et évoluer un foyer tuberculeux pulmonaire. Nous ne nions point qu'il puisse s'agir d'une coïncidence ; cependant nous avons relevé dans la littérature médicale plusieurs cas pouvant se rapprocher de nos observations (RIBADEAU-DUMAS, WEILL-HALLÉ, etc.).

Nous n'insisterons pas sur l'influence des menstruations — phénomène congestif — dont chacune pourra être l'occasion d'une nouvelle poussée. On connaît également le rôle de la grossesse, et surtout du post-partum ainsi que de l'allaitement.

Nous ne nous étendrons pas non plus sur les facteurs pathologiques. Il est bien évident qu'une maladie intercurrente quelle qu'elle soit, peut intervenir dans le déterminisme des poussées congestives et fluxionnaires, *a fortiori* s'il s'agit d'une maladie dite anergisante — telle que la rougeole ou la coqueluche. On sait toutefois les réserves qu'ont apportées les pédiâtres — et spécialement DEBRÉ durant ces dernières années — à cette théorie.

De même on connaît bien le rôle de certains facteurs thérapeutiques, parmi lesquels la Tuberculine mérite une place à part. Citons une série de produits couramment employés dans le traitement de la Tuberculose, tels que l'Iode, l'Arsenic, la Créosote, le Gaïacol. Il nous semble utile d'indiquer aussi que certains médicaments introduits par voie parentérale sont susceptibles de provoquer des phénomènes congestifs et fluxionnaires. Le fait est universellement accepté pour les médications arsénicales, les préparations ferrugineuses, et même

les préparations auriques comme l'a montré P. BOURGEOIS. Enfin, nous signalerons l'influence bien connue d'un traumatisme — quelle que soit son intensité, — d'une intervention opératoire, avec ou sans anesthésie.

Les causes que nous avons énumérées jusqu'à présent sont des causes banales en quelque sorte et bien connues de tous les phtisio-logues. Nous nous sommes attachés à les rechercher soigneusement dans nos dossiers, et il nous a bien fallu reconnaître que, dans la grande majorité des cas, nous n'avons retrouvé aucun des facteurs habituellement incriminés.

Nous nous sommes alors demandés s'il ne pouvait exister d'autres « causes secondes » qui puissent expliquer l'apparition de ces phénomènes fluxionnaires et inflammatoires. Nous croyons devoir chercher la différence du comportement de l'organisme dans le tempérament des enfants, leur manière de réagir aux événements extérieurs, dans leur caractère, leurs préoccupations — en un mot : dans leur *état psychique*.

Le psychisme des tuberculeux a été l'objet de nombreuses études — tant en France qu'à l'étranger. A l'heure actuelle, tous les auteurs admettent que cet état psychique se manifeste d'une façon évidente chez l'adulte et chez l'adolescent — mais il est aussi déjà très appréciable dans l'enfance. Et cette notion du psychisme de l'enfant qui paraissait presque un paradoxe il y a seulement une dizaine d'années, paraît aujourd'hui devoir entrer dans le domaine des faits acquis.

En effet, plus on a l'attention attirée sur les faits de ce genre, plus on est forcé de s'incliner devant l'importance de ce facteur.

Prenons l'ensemble de nos observations. Nous avons déjà vu que nous y trouvions un nombre sensiblement égal de filles et de garçons, et nous avons exposé les arguments qui ne nous permettaient pas de conclure en l'influence du sexe dans la détermination des incidents tuberculeux. Nous avons constaté aussi que le contact — pour intéressant qu'il fût — était à peu près le même pour tous les enfants du « groupe familial ». Nous nous sommes attachés à rechercher par l'interrogatoire le plus minutieux possible des enfants et de leur entourage ces causes secondes d'ordre psychique.

Cet interrogatoire, reconnaissons-le de suite, est souvent des plus difficileux à conduire. Il faut d'abord mettre l'enfant en confiance, l'interroger hors de la présence des parents, et surtout ne pas prendre pour « argent comptant » tout ce qu'il raconte. On sait quelle force de dissimulation, quel génie imagiatif peuvent posséder les enfants

même les moins avancés en âge. Il faut procéder par recoupements, comparer les renseignements recueillis de divers côtés, et surtout tenir le plus grand compte des enquêtes communiquées par l'Assistante sociale, qui est dans ces sortes de recherches l'auxiliaire la plus précieuse du médecin.

Un premier élément qui ressort de cette enquête est le surmenage imposé aux enfants, particulièrement aux filles, et spécialement aux aînés. Il est assez logique de penser que ce surmenage s'explique facilement dans ces familles ouvrières où l'un des parents tombant malade, l'autre doit travailler au dehors. Il s'ensuit que l'enfant aîné doit alors vaquer aux soins du ménage, s'occuper de ses frères et de ses sœurs plus jeunes — bref s'imposer un surcroît de fatigues physiques et de préoccupations morales plus grandes.

Dans trois de nos familles (familles III, IV, X) il nous semble que cette cause puisse être invoquée. En effet, à la lecture de l'observation de la famille A, nous notons que la fille aînée Simone dut prendre la direction du ménage (bien qu'âgée de 9 ans à peine) lorsque sa mère alla travailler en usine pour remplacer son mari, tuberculeux cavitare, contraint à garder la chambre. Six mois après, l'enfant présenta un épisode pulmonaire aigu à évolution traînante qui nécessita son départ à la campagne. Il nous paraît permis de supposer que le surcroît de travail et de responsabilité assumé par cette fillette n'ait point eu une certaine part dans l'éclosion de cet incident.

Dans la deuxième observation que nous retenons, il s'agit d'un cas analogue — à cela près que ce fut la mère qui devint tuberculeuse cavitare. Le père, occupé toute la journée à son usine, ne pouvant se consacrer à son foyer, ici encore la fille aînée Alice devint la maîtresse de maison. Ayant deux frères et une sœur en bas âge, elle dut s'occuper de leur entretien, vaquer aux travaux ménagers, faire le blanchissage, la cuisine, bref : un labeur au-dessus des forces de son âge (12 ans !). L'évolution fut encore plus tragique que dans le cas précédent, puisqu'elle fut emportée par une méningite — vraisemblablement d'origine tuberculeuse.

Troisième observation à peu près calquée sur les précédentes : celle du groupe familial R. Le fils aîné âgé de 10 ans dut après le décès de son père s'occuper de ses cadets, sa mère étant obligée de s'absenter du logis familial durant la journée pour faire des ménages. Un an plus tard il fit une pleurésie séro-fibrineuse à évolution heureusement favorable.

Nous pourrions citer de multiples cas de fils ou de filles aînés où

il semble bien que le surmenage physique et les soucis d'ordre moral aient joué un rôle prédominant dans le déterminisme des accidents. Nous ne les avons point retenus dans notre thèse, car nous avons préféré nous limiter aux cas assez particuliers — convenons-en heureusement — des tuberculeux cracheurs de bacilles restant en contact direct avec leur famille. Mais les multiples observations que nous avons feuilletées nous autorisent à penser que le « droit d'aînesse » a joué ici dans un sens défavorable !

On peut nous objecter — il est vrai — que le surmenage physique est le seul facteur qui puisse expliquer ces accidents. Nous pensons qu'il est bien peu vraisemblable d'admettre qu'un enfant, chargé de la surveillance quotidienne de ses frères et sœurs, ne puisse se créer des soucis particuliers d'ordre moral du fait de la responsabilité qui lui incombe. Tenant la place à la fois du père et de la mère, comment ne pas supposer que presque fatalement il héritera des tracasseries — ne seraient-ils que d'ordre financier — qui viendront s'abattre sur le groupe familial ? Le contraire nous paraît difficile à soutenir.

D'autre part, si nous comparons dans une même famille les enfants, nous avons l'impression qu'il existe parmi ceux-ci des individus particulièrement vulnérables.

Il s'agit d'une catégorie d'enfants qu'il est bien difficile évidemment d'individualiser, mais qui présentent cependant des caractères communs. Dès leur plus jeune âge ils se sont signalés par leur particulière affectivité. Ce sont en effet — qu'il s'agisse de garçons ou de filles — des enfants véritablement affectueux. Le fait se remarque évidemment davantage lorsqu'il porte sur des jeunes garçons (« de vraies filles ! » disent leurs parents). Mais, quel que soit leur sexe, on ne peut manquer d'être frappé par les sentiments de générosité, d'altruisme, d'oubli d'eux-mêmes qu'ils accusent. Cette sentimentalité affective s'extériorise souvent dans l'action : ce sont des enfants ardents au jeu, voire même turbulents — turbulence qu'excuse leur excellent naturel — mais aussi souvent ardents au travail, de bons élèves intelligents, possédant une excellente mémoire, devenant sans gros efforts les premiers de leur classe. Ils ont fréquemment aussi un tempérament artistique, à tel point qu'ils se font dans leur milieu une réputation un peu facile de « petits prodiges ». Bref, il s'agit de sujets brillants, qualifiés par leurs maîtres et parents d'enfants particulièrement précoces.

A cette catégorie, nous pourrions presque opposer une autre classe d'enfants qui se font remarquer dès leurs premières années par leurs

tendances dépressives. Ce sont eux aussi des émotifs, qui réagissent d'une façon exagérée à tous les événements — même d'ordre mineur — qui viennent à les atteindre. Mais au lieu de s'extérioriser dans l'action ils se replient en quelque sorte sur eux-mêmes. Ce sont essentiellement des sujets mélancoliques, renfermés, dont il est difficile d'obtenir par l'interrogatoire des confidences. Ils sont inquiets, craintifs, ne se livrent qu'à l'occasion d'une crise de larmes — et encore avec quelques réticences.

On conçoit facilement quelle importance peuvent prendre chez de tels sujets les heurts avec leur milieu. S'ils ont la chance de tomber sur des parents compréhensifs, sur des maîtres indulgents, tout peut encore s'arranger. Mais prenons le cas d'un enfant au caractère réputé difficile, aux « moyens » scolaires réputés déficients. On comprend facilement les ébranlements moraux, et quotidiennement répétés, qui peuvent résulter de la fréquentation scolaire, des contacts familiaux — surtout si un élément étranger au milieu (beau-père ou belle-mère) vient prendre la place d'une personne particulièrement chérie par l'enfant.

Nous ne pouvons qu'envisager ici les déceptions qui prennent un plus grand caractère chez l'adolescent, les déceptions d'ordre affectif, sur lesquelles ont insisté dans un très bel article P. BRAUN et M^{me} FREY-RAGUT pour les tuberculeux adultes. Mais, sans nous attarder à l'étude de ces faits indéniables d'ordre psychologique, il nous semble logique d'admettre que nous devons retenir ces déceptions amoureuses comme susceptibles d'intervenir grandement dans le déclenchement des incidents précédemment signalés.

Sans doute ces déceptions sont plus appréciées à l'heure actuelle par les romanciers et les auteurs dramatiques que par les observateurs médicaux, mais, cependant, étant donné le caractère que prennent de plus en plus les idées sur la prophylaxie et la lutte antituberculeuse, nous nous croyons autorisés à les porter au premier plan.

Tous ces faits nous expliquent que ces événements sont plus ou moins tardifs — et que bien souvent l'incident dit « tuberculeux » va nous surprendre à un moment imprévisible chez des individus qui sont sensiblement contaminés de la même façon. Actuellement le retentissement de ces phénomènes d'ordre psychique sur l'organisme d'un enfant — et en particulier sur le poumon — ne nous paraît plus devoir offrir de difficultés d'interprétation au point de vue des explications possibles.

Nous nous familiarisons donc de plus en plus avec cette idée que le

retentissement psychique des émotions se fait sur les organes par l'intermédiaire du Sympathique et du Para-sympathique. Nous n'avons pas la prétention en quelques mots de régler une question aussi importante que celle-là, mais ce qui est important à notre point de vue, c'est que notre hypothèse sur l'existence d'une tramite diffuse — ou mieux disséminée — nous facilite l'explication de l'éclatement apparent. Les reliquats en effet sont latents — nous les avons considérés comme tels — mais non inexistantes. Le retentissement sympathique sur ce reliquat — de quelque cause qu'il soit — explique son réveil, le phénomène vaso-moteur, congestif qui l'accompagne et l'incident clinique qui en sera la traduction et constituera la première manifestation apparente de la maladie.

Ainsi donc, le premier incident apparent — à l'occasion d'un phénomène vaso-moteur — n'est en réalité que la révélation clinique bruyante sous l'influence d'un influx nerveux d'une lésion inapparente, mais cependant existante.

CHAPITRE V

ESSAI DE SCHÉMATISATION DES INCIDENTS ET ACCIDENTS TUBERCULEUX

Nous avons essayé dans les précédents chapitres de faire comprendre qu'en matière de Tuberculose on ne pouvait raisonner au point de vue de l'infection comme on discuterait s'il s'agissait d'une maladie infectieuse. Prenons comme exemple la Fièvre typhoïde : dans une dothientérie, le bacille d'Eberth introduit dans l'organisme déterminera la maladie dans un délai court — presque fixe — délai après lequel on pourra presque affirmer qu'il n'y aura plus de menace d'éclosion de l'affection. En d'autres termes, dans ces maladies infectieuses, la contamination et l'état de maladie sont séparés par un temps très court, à telle enseigne qu'on peut dire que ces deux états sont à peu près contemporains.

En matière de tuberculose, la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme constitue la contamination, mais cette contamination peut dans nombre de cas ne déterminer aucune modification clinique, aucune altération locale suffisamment importante pour être appréciée par nos moyens actuels d'investigation.

Mais d'autre part, à un moment donné — dans un délai qui peut être variable — et qui va d'une période ultraminime à une période de plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années, un incident clinique pourra éclater, ou des désordres anatomiques pourront apparaître, et être suffisamment importants pour être appréciés par les moyens que nous avons à notre disposition.

Ces manifestations cliniques — soit sous forme « d'incidents », soit sous forme de révélations radiologiques ou bactériologiques —

surviennent sous des aspects variés que nous pouvons essayer de classer. Suivant le degré habituel de ces manifestations, nous avons tenté de les graduer de la façon suivante — classification arbitraire — empressons-nous de le dire — et que nous discuterons ultérieurement.

En effet nous avons divisé l'« état tuberculeux » (et par ce terme d'« état tuberculeux » nous n'entendons pas seulement l'état de maladie, mais aussi l'état de contamination et les petits incidents qualifiés par certains auteurs de prétuberculeux) en 7 degrés :

1. **Cutiréaction ou Intradermoréaction positive.** — Nous ne rangeons dans cette première catégorie que les individus qui ne présentent aucun incident dans leur histoire clinique, ni aucun signe objectif de Tuberculose à l'examen clinique ou radiologique, mais chez lesquels la réaction positive à la Tubercu line démontre qu'il y a eu pénétration du bacille dans l'organisme.

2. **Manifestations ganglionnaires extra-pulmonaires.** — C'est-à-dire les sujets qui présentent des ganglions cervicaux, axillaires, épitrochléens, inguinaux, etc... Bref, ce qu'il est convenu d'appeler de la micro ou macro-polyadénite, laquelle peut s'accompagner du reste d'une déficience plus ou moins importante de l'état général.

3. **Petites manifestations plus caractéristiques.** — Nous les divisons en :

A. Extrapulmonaires.

B. Pulmonaires.

A. EXTRAPULMONAIRES : Petites adénites suppurées (Ecouelles).

— Petits lupus.

— Petites ostéites (en voie de cicatrisation ou non).

— Certains érythèmes noueux (1).

— Certains phénomènes rhumatoïdes.

— Certaines hydarthroses.

— Certaines conjonctivites phlycténulaires.

B. PULMONAIRES : Nous les envisagerons au point de vue clinique et radiologique.

a) *Au point de vue clinique :*

(1) Il n'est pas bien entendu dans nos intentions de discuter ici l'étiologie de l'Erythème noueux.

- Certaines bronchites trainantes.
- Certaines bronchites à répétition.
- Certaines congestions pleuro-pulmonaires.
- Certaines cortico-pleurites.

b) *Au point de vue radiologique :*

- Les adénopathies hilaires vraies.
- Les réactions interlobaires.
- Les opacités scissurales.
- Les déformations diaphragmatiques.
- Les réactions pulmonaires.
- Les calcifications, etc...

4. **Les tuberculoses externes :**

- Coxalgie.
- Mal de Pott.
- Ganglions suppurés.
- Gros loup.
- Tuberculoses génitales.
- Tuberculoses rénales.
- Péritonites.

5. **Incidents pulmonaires typiques :**

- Pleurésies.
- Hémoptysies.
- Incidents pulmonaires avec bacilloscopie positive.

6. **Grosses lésions tuberculeuses :**

- Tuberculoses fibreuses.
- Tuberculoses ulcéro-caséuses.
- Cavernes.

7. **Incidents terminaux.**

- Pneumonies caséuses.
- Granulies.
- Méningites tuberculeuses.

Il est évident que cette catégorisation est des plus arbitraires, et que notamment dans les catégories IV et V par exemple les cas de Tuberculose chevauchent au point de vue gravité. Il est bien difficile

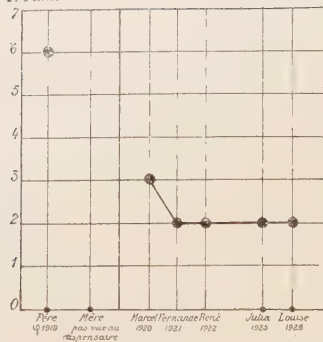
aussi d'établir une limite exacte à quelques-unes de ces catégories (par exemple entre III et V, et entre V et VI). Il n'est point du tout non plus dans notre pensée de dire que « telle » Tuberculose rénale est moins grave par exemple que « telle » Tuberculose pulmonaire — ou encore qu'une coxalgie aura moins d'importance au point de vue évolutif qu'une pleurésie séro-fibrineuse. Il ne s'agit, répétons-le, que d'une classification très arbitraire, et nous admettons toutes les critiques à ce sujet. Nous acceptons cependant l'idée générale qu'une localisation pulmonaire doit être considérée comme plus grave qu'une localisation extra-pulmonaire. Cette idée nous permet simplement d'orienter la courbe telle que nous allons la présenter.

Du reste, dans chaque observation, nous avons numéroté le degré de gravité avant l'étude de chaque cas particulier.

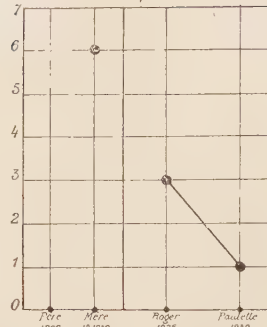
Par ailleurs, si nous avons adopté le chiffre 1 pour la cutiréaction positive, rappelons que nous avons indiqué précédemment qu'une cutiréaction positive ne devait être considérée que comme « traduisant » l'état de contamination, et non point comme un stade évolutif. Mais cet état doit être représenté sur notre courbe, car « l'état de réaction » fait partie de la « gamme » que nous avons cherché à établir suivant les différents « comportements » de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch.

COURBES

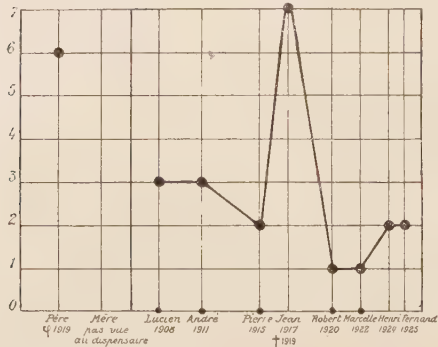
I. Famille Un.



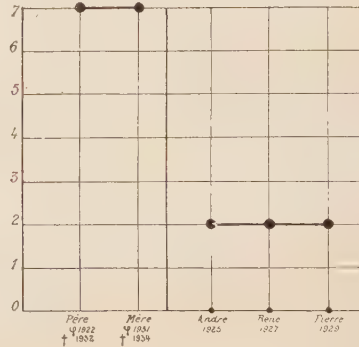
II. Famille Champ.



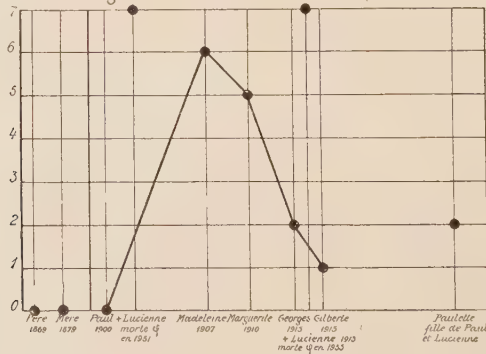
III. Famille Toc.



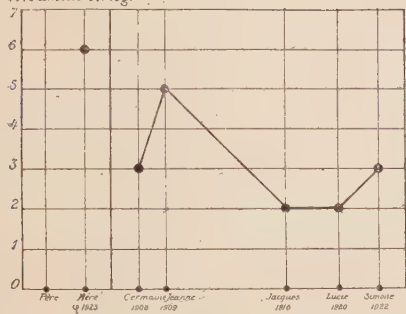
IV. Famille Clo.



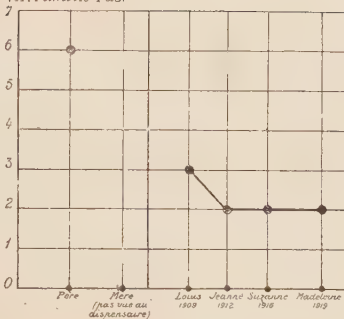
V. Famille Vig.



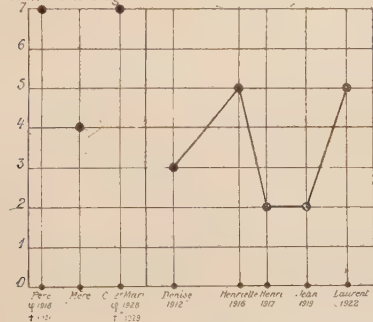
VI. Famille Krieg.



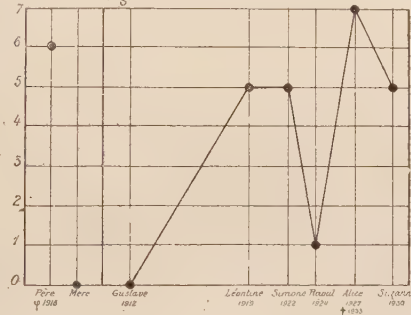
VII. Famille Tas.



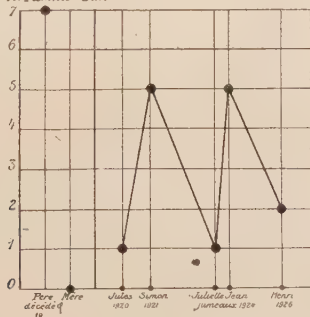
VIII. Famille Rag.



IX. Famille Blag.



X. Famille Sin.



CHAPITRE VI

LES RÉSULTATS DE LA CONTAMINATION DANS LE « GROUPE FAMILIAL »

Nous nous sommes surtout occupés dans ce travail de la Tuberculose des membres d'une même famille, et nous avons vu que d'une façon irrégulière dans le temps des incidents pouvaient apparaître chez ces sujets notoirement contaminés.

Nos courbes montrent que cette contamination s'étend à travers le temps et atteint les divers éléments composant cette famille. Il existe en quelque sorte un état de « contamination fondamentale » qui se retrouve chez tous les sujets appartenant au groupe familial, sauf exception, puisque presque tous ont à tout le moins une cutiréaction positive. Mais pour certains d'entre eux il y a des éléments surajoutés, sous forme d'incidents bénins chez les uns, d'accidents graves chez les autres.

L'idée que nous voudrions exprimer est la suivante : on pourrait se figurer, lorsqu'on n'a pas examiné de très près comme nous venons de le faire les familles tuberculeuses, qu'il existe des faits absolus. Prenons un exemple pour bien nous faire comprendre. Soit une famille X, où le père est l'élément contaminateur. La mère paraît indemne de toute tuberculose cliniquement et radiologiquement appréciable. Ils ont quatre enfants que nous désignerons respectivement par les lettres A. B. C. et D. On pourrait s'imaginer par exemple que l'enfant A. échappe à la tuberculose, B. également, par contre que C. fait un incident grave, que D. fait un accident encore plus important. Et l'on pourrait chercher à expliquer cette différence de comportement des divers enfants par une inégalité de contamina-

tion. En réalité, il n'en est rien. Les quatre enfants A. B. C. et D. sont tous également contaminés.

Prenons l'exemple d'une rivière arrosant dans son parcours divers terrains de nature différente : granitique, calcaire, schisteux, etc... Sur les divers terrains qu'il arrose, le passage de ce cours d'eau fera éclore en certains endroits une végétation importante, alors que sur d'autres il ne fera rien pousser. Et cependant les germes qu'il véhicule sont à peu près les mêmes. On peut supposer aussi que ces germes sont répartis à peu près également sur tous les terrains. Il faut donc admettre qu'il faut rechercher cette différence d'éclosion dans la nature du terrain elle-même et les conditions qui lui sont propres. Le germe a bien été jeté sur tous les terrains, mais les conditions fondamentales du terrain feront lever ce germe ou ne le feront pas lever.

Cette comparaison, qui n'a du reste rien d'absolu, s'évoque à notre esprit quand nous étudions les résultats de la contamination tuberculeuse dans les « groupes familiaux ». Il ne nous paraît pas possible d'impliquer dans l'éclosion des incidents chez ces enfants placés dans les mêmes conditions d'existence et également contaminés, une virulence particulière des germes des bacilles tuberculeux. Il nous semble bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, d'admettre qu'il faille impliquer une toxicité plus grande de certains bacilles par rapport aux autres pour expliquer la diversité des incidents ou accidents tuberculeux apparaissant chez ces enfants appartenant au même groupe familial.

Nous croyons là aussi trouver l'explication dans les différences des « terrains », dans la nature même de l'organisme de l'enfant. Tel sujet fera un incident tuberculeux grave, alors que ses frères et sœurs paraissent en bonne santé apparente, non pas parce qu'il aura subi l'attaque d'une quantité plus grande de bacilles, non pas parce qu'il se sera trouvé en présence de bacilles plus virulents, mais bien parce que son organisme est plus fragile, que son système nerveux est moins bien équilibré, que son système vago-sympathique est plus ou moins déréglé, ou pour toute autre raison inhérente à l'organisme lui-même.

Une autre constatation — intéressante à nos yeux — nous paraît devoir se dégager de notre étude : l'état de contamination, nous l'avons vu, paraît du même ordre de grandeur pour tous nos sujets — avec quelques variations, comme de bien entendu. Brusquement sur ce « fond » de contamination peut survenir un incident — et cet incident apparaîtra sans aucun ordre et sans qu'il soit possible de le

prévoir d'une façon précise. Cet incident pourra n'avoir aucune évolution clinique dans certains cas, mais dans d'autres il pourra aboutir aux phénomènes ulcéro-caséeux graves — voire même à un envahissement général comme la granulie — et ce en passant ou non par des incidents tels que les bronchites, les pleurésies, les hémoptysies, etc...

Chose curieuse, quand nous remontons dans le passé d'un phtisique (en donnant à ce terme bien entendu la valeur du mot « tuberculeux »), lorsque nous fouillons dans ses antécédents, chez lui aussi nous allons trouver dans son histoire clinique un fond qui est commun à tous les phtisiques. Ce fond représente l'état de contamination. A partir du moment où la contamination s'est effectuée, nous retrouvons dans les antécédents du tuberculeux — et ce d'une façon imprévisible, sans ordre fixe, avec des variations et des degrés divers — tous les incidents d'ordre inflammatoire : bronchites, congestions pulmonaires, pleurites, pleurésies séro-fibrineuses, cortico-pleurites, hémoptysies même, — bref tous les incidents que nous avons notés comme pouvant se produire chez les enfants des groupes auxquels nous nous sommes intéressés dans notre travail.

En somme, il résulte de cette constatation qu'en général lorsque survient un incident tuberculeux grave, cet incident peut paraître primitif en apparence, en réalité il se trouve greffé sur un fond antérieur de contamination, fond inapparent, mais cependant existant.

Le fait d'étudier la Tuberculose à travers les familles ou l'individu nous pousserait donc volontiers à l'analogie avec la thèse de DARWIN, à savoir que le développement ontogénique de la maladie est analogue à son développement philogénique. A travers les incidents d'une même famille, on retrouverait les mêmes incidents que l'on décèle chez le même individu. Et cette constatation — toute philosophique qu'elle soit — nous paraît intéressante à noter.

CHAPITRE VII

COMMENT DOIT-ON CONCEVOIR LA PROPHYLAXIE DANS LE « GROUPE FAMILIAL »

On retrouve donc dans l'histoire de la Tuberculose les différents échelons de cette affection chez les membres d'une même famille. Cet exposé nous permet d'apporter un argument extrêmement important contre la thèse de la contagion tuberculeuse se produisant surtout chez l'adulte (comme essaye de le prouver SCHEEL d'Oslo dans ses travaux récents). Nous ne nions point qu'il puisse exister des cas de contamination chez l'adulte mais nous ne suivons point cet auteur lorsqu'il conclut que dans la grande majorité des cas la Tuberculose chez l'adulte est due à une contagion récente.

Or quand les familles sont nombreuses, dans l'exposé des cas que nous en avons fait, l'histoire clinique des frères et des sœurs appartenant au groupe familial est émaillée d'incidents ou accidents qui jalonnent l'espace séparant la tuberculose des parents de la tuberculose de leur descendance, vingt ou vingt-cinq ans plus tard. Il nous paraît difficile d'admettre que la tuberculose éclatant à vingt ans ait été contractée dans ces cas seulement à vingt ans. Il ne nous semble pas logique de penser que dans ce groupe familial un frère ait contracté la tuberculose dans sa famille et l'autre en dehors de sa famille. Nous sommes plus fondés à croire que tous les éléments du groupe ont été contaminés par le même contaminateur, et si l'éclosion de l'affection est plus tardive chez un sujet que chez l'autre c'est qu'elle est due — non pas à une nouvelle contamination — mais à l'un quelconque des facteurs seconds sur lesquels nous avons insisté dans les précédents chapitres.

Dans notre groupe familial, nous n'avons envisagé jusqu'à présent que les causes favorisantes de l'éclatement. Mais il nous faut aussi considérer maintenant les causes inverses capables de s'opposer au développement de la maladie. Nous voulons dire l'intervention du médecin, des dispensaires, des infirmières sociales et des sociétés agréées. Toutes ces œuvres apportent une action modératrice aux velléités hostiles de la maladie. Leur rôle est de limiter grâce à une intervention précoce et prophylactique les dégâts de l'affection.

Nous irons même plus loin dans notre pensée. Les statistiques récentes du Comité National montrent que la Tuberculose est à l'heure actuelle en régression. Or cependant durant les années de crise qui viennent de s'écouler, jamais cette affection n'aurait connu de période plus favorable à son développement. Le chômage, les privations multiples — surtout d'ordre alimentaire — les préoccupations d'ordre moral constituent, nous l'avons vu, autant de causes favorisantes pour l'éclosion de la maladie.

Il faut donc admettre que la lutte antituberculeuse a joué un rôle effectif. En effet le préventorium, le placement familial, le placement des « Tout-Petits », les colonies de vacances, les placements des jeunes hommes et des jeunes filles sont autant de moyens prophylactiques que nous avons à notre disposition pour lutter sinon toujours contre la contamination, tout au moins contre l'évolution ultérieure de l'affection. Mais il faut y ajouter aussi les secours en nature, les visites à domicile des Assistantes sociales et du médecin qui viennent apporter un réconfort moral, une aide indispensable dans certaines situations matérielles ou morales.

Tout ceci permet à la maladie de rester à l'échelon inférieur. Si nous reprenons en effet nos différents échelons, on peut espérer que grâce à nos efforts la Tuberculose au lieu de passer à un échelon supérieur se maintiendra à l'échelon où nous l'avons primitivement constatée, ou mieux encore pourra descendre à un échelon inférieur.

Ces « dispositifs de sécurité » inaugurés par le Dispensaire peuvent empêcher la progression de l'affection. Ils établissent la rupture permettant à certains sujets de supprimer le contact non seulement avec le contaminateur direct, mais aussi avec le milieu. Le préventorium en particulier a le double avantage de soustraire l'enfant à la contagion, mais aussi de lui éviter un surmenage physique ou moral toujours possible, de l'arracher à ses soucis et souvent de supprimer les heurts familiaux ou sociaux. Il en est de même du reste du placement

familial, des colonies de vacances, encore que la surveillance médicale soit forcément moins effective qu'en Préventorium.

Nous ne pouvons terminer un travail de cet ordre sans répéter que le médecin devra toujours intervenir pour essayer de séparer le contaminateur du groupe familial en le faisant hospitaliser ou en l'envoyant dans un sanatorium. Mais il faut bien savoir que ce n'est pas toujours possible. On se heurte souvent à une hostilité farouche du malade qui ne veut point se séparer de sa famille, à plus forte raison s'il peut vaquer à ses occupations. Ces cas sont heureusement assez rares, mais l'étude de nos observations nous prouve qu'ils existent cependant. De même le tuberculeux — et surtout la tuberculeuse — se refusera souvent à se séparer de ses enfants.

Dans ce cas, il faudra faire la « part du feu » et envisager comment on peut sur place entreprendre la lutte antituberculeuse dans les meilleures conditions. On imposera des visites fréquentes et fréquemment répétées au dispensaire de tous les éléments du groupe familial.

A chaque visite on devra avant tout faire un examen clinique complet et cet examen devra être aussi minutieux que possible. Il faudra d'abord procéder à un interrogatoire prolongé pour « fouiller » les antécédents personnels et familiaux de l'enfant. On s'efforcera de préciser au point de vue contagion par exemple les conditions dans lesquelles il a pu se produire. On essayera de savoir si l'enfant a été en contact plus intime avec l'élément contaminateur que ses frères ou sœurs. On n'oubliera pas non plus de faire détailler par la famille les incidents ou accidents pathologiques qui ont pu survenir durant les premières années, en attachant la plus grande importance aux « rhumes », « bronchites trainantes », ou autres gripes qui le plus souvent n'auront pas retenu suffisamment l'attention de l'entourage.

On ne devra point se contenter non plus d'une auscultation rapide, mais il faudra procéder à un examen soigneux de chaque appareil — et en particulier des systèmes respiratoire et lymphatique — sans négliger les renseignements que donne l'aspect général de l'enfant, sa taille, son poids par rapport à son âge, son faciès, son type respiratoire, etc...

Mais on devra aussi mettre en œuvre tous les moyens d'investigation que la science moderne a mis à notre disposition. Il ne faudra pas se contenter seulement d'examen radioscopiques, mais on devra réclamer la prise de clichés radiographiques fréquemment répétés, de façon à constituer un véritable dossier « radio-biographique » pour chaque malade. Les frais résultant de l'établissement de ces

dossiers complets sont largement compensés s'ils peuvent éviter un séjour à l'hôpital ou au sanatorium.

On devra quand les réactions à la Tuberculine (Cutiréaction ou Intradermoréaction) sont négatives, les répéter fréquemment de façon à surprendre le plus tôt possible le « virage » de la réaction.

De même quand l'enfant ne crache pas, ce qui est le cas le plus fréquent, on devra au moindre doute rechercher les bacilles dans les selles et pratiquer au besoin un tubage gastrique.

Bien entendu, on devra redoubler de surveillance et multiplier les visites dès qu'un signe clinique anormal, dès qu'un fléchissement de l'organisme, dès qu'une image plus ou moins suspecte à l'examen radiologique auront attiré l'attention pour prendre aussitôt toutes mesures nécessaires.

Mais le rôle du médecin ne doit **pas** s'en tenir là. Il devra veiller à ce que le dossier « social » du groupe familial soit tenu régulièrement à jour, de façon à dépister immédiatement toutes les modifications qui peuvent survenir dans la vie sociale de ses malades. Il devra tenir compte des événements d'ordre social, familial, professionnel, voire même affectif, qui sont susceptibles de les atteindre, et ne jamais oublier que son rôle de « conseiller médical » doit toujours s'efforcer de se doubler de celui de « confident moral ». C'est ainsi qu'il se trouvera placé dans les meilleures conditions pour entreprendre une lutte effective contre ce fléau social que constitue encore de nos jours la Tuberculose.

Pour conclure ce chapitre, nous dirons que les enfants d'un groupe familial suspect de tuberculose doivent être soumis à un examen systématique et systématiquement répété. Celui-ci comportera l'emploi des méthodes les plus modernes de diagnostic, et en particulier les examens radiologiques. Ces examens doivent être considérés comme nécessaires, mais non suffisants, et ne peuvent être qu'un élément d'appréciation de l'état de santé actuel de l'enfant. Celui-ci, du moment qu'il appartient à une famille tuberculeuse, doit être considéré comme menacé. Un examen unique et isolé — quelque intéressant qu'il puisse être — ne donne pas une sécurité suffisante, malgré l'emploi des techniques modernes. Seuls des examens successifs, périodiques et systématiques, pourront être susceptibles de donner la sécurité au médecin chargé de la surveillance de ces individus menacés.

OBSERVATIONS

Dans toutes les observations que nous avons retenues pour notre travail, nous nous sommes efforcés de préciser dans la mesure du possible les moindres incidents susceptibles d'être imputés à la Tuberculose pulmonaire.

Il s'ensuit que la lecture de ces observations peut paraître longue et aride. Aussi avons-nous cru nécessaire de mettre en tête de chacune de ces observations d'un « groupe familial » un rapide résumé de l'histoire clinique des individus constituant cette famille.

Nous avons également pensé qu'il pourrait être intéressant de préciser en quelques lignes l'impression que nous avons pu avoir sur le caractère des enfants qu'il nous a été donné d'examiner, et sur la façon dont ils ont paru réagir aux événements d'ordre social ou familial qui les ont atteints. Nous ne prétendons point avoir fait une enquête psychologique serrée, mais les renseignements que nous avons pu recueillir nous semblent cependant présenter un intérêt suffisant pour expliquer dans une certaine mesure les incidents ou accidents qui jalonnent l'histoire clinique de ces malades.

I. — FAMILLE UNG...

Père : tuberculeux. Réformé en avril 1919 (100 %) mais jamais examiné au dispensaire. Continue à travailler.

Mère : N'a jamais été vue au dispensaire. Semble cependant, d'après les renseignements recueillis, être indemne de toute lésion tuberculeuse.

Cinq enfants :

1^{er} UNG... Marcel : né en 1920.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Lésions radiologiques, sous forme de taches disséminées dans les deux champs.
- Fléchissement de l'état général.
- Après séjour en colonies de vacances, état normal.

Enfant très nerveux, s'inquiétant facilement. Tempérament très affectif. Sujet scolaire moyen, mais lit beaucoup. Voudrait être médecin ou avocat « pour soulager les pauvres ».

2^e UNG... Fernande : née en 1921.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Adénopathie cervicale. Hiles développés à l'examen radiologique.

Caractère plutôt turbulent ; aime s'adonner aux jeux de plein air. Peu d'attention aux travaux scolaires.

3^e UNG... René : né en 1922.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Adénopathie cervicale. Hiles épaissis. Cuti positive.
- Fait plusieurs séjours en colonies de vacances.

Enfant normal. Bon élève. Caractère équilibré. Désirerait devenir un « grand boxeur » ou un « aviateur ».

4^e UNG... Julia : née en 1925.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Adénopathies cervicales et axillaire. Hiles épaissis.
- Envoyée régulièrement en colonies de vacances.

Enfant très affective. Essaie malgré son jeune âge de prendre part aux travaux ménagers. Joue peu ; s'intéresse peu aux travaux scolaires. Voudrait devenir « employée des postes ».

5^e UNG... Louise : née en 1926.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
 - Adénopathie cervicale. Incurvation des deux jambes.
 - Envoyée en Préventorium.
- Enfant de caractère normal, plutôt turbulente. Aime jouer et crier. Assez médiocre élève.
-

Père : JULES UNG..., né en 1895.

Les seuls renseignements recueillis sur lui sont les suivants :

Bien portant jusqu'à la guerre (profession : journalier).

Mobilisé en 1914. Fait prisonnier en 1915. Aurait contracté bronchite en 1916 au Camp de Magdebourg. Revenu en France en janvier 1919.

Réformé avril 100 % : Tuberculose pulmonaire (présence de B. K. dans les crachats à trois examens).

S'est marié en juillet 1919 ; a recommencé à travailler en octobre 1919.

Depuis, n'a jamais cessé de travailler (travail assez dur).

N'a jamais consenti à revenir se faire examiner dans un Dispensaire : (motif invoqué : crainte de diminution de pension !).

Mère : MARIE UNG..., blanchisseuse.

Seuls renseignements recueillis :

- Née en avril 1900.

S'est toujours bien portée.

Cinq grossesses (mariée en juillet 1919). Aucune fausse-couche.

- S'est toujours refusée à venir consulter au Dispensaire.
- Bonne santé apparente.

Enquête Assistante sociale :

- Bonnes conditions d'hygiène.

Logement de 4 pièces.

Père et mère vivent dans pièce séparées.

1^o) UNG... MARCEL.

Né le 23 mars 1920 à Paris.

Né à terme. Elevé au sein jusqu'à l'âge de 9 mois.

1^{re} visite au **Diepensaïre** : le 30 mars 1933.

Visite de prophylaxie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : rougeole à 5 ans.

SIGNES FONCTIONNELS :

- Tousse un peu.
- Expectoration grasse.
- Est par moments un peu dyspnéique.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Médiocre état général.
- Bon appétit.
- Température : 36°9.

EXAMEN PHYSIQUE :

- Taille 1 m. 45. Poids 35 kilos.
- Faciès pâle.

EXAMEN DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE :

Ne décelez rien d'anormal.

Pas de ganglions perceptibles à la palpation des régions cervicales, axillaires et inguinales.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 31 mars 1933.

Les deux champs pulmonaires, de transparence normale dans l'ensemble, présentent de nombreuses taches disséminées grosses en moyenne comme une lentille. Les deux hiles sont augmentés de volume, surtout le hile gauche qui est presque triplé de volume.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 30 mars 1933 : Positive.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : le 30 mars 1933 : direct : négatif ; homogénéisation : négative.

- Proposition pour Préventorium.
- La mère n'accepte pas.
- Départ colonie de vacances en juillet. Reste 3 mois.

2^e visite : 5 mars 1934.

— Poids : 35 kgr. 400.

Très amélioré. Ne tousse plus- Ne crache pas.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 5 mars 1934.

Grosse amélioration radiographique : il persiste sans doute quelques taches grosses comme des grains de mil, dispersées dans les deux champs. Les deux hiles ont diminué de volume, seul le hile gauche reste encore assez épais.

2^e CUTIRÉACTION : le 7 mars 1934 : Positive.

3^e visite : le 29 novembre 1934 : état satisfaisant. Poids 44 kgr.

4^e visite : le 11 avril 1935 : rien à signaler.

2^o) UNG... FERNANDE.

Née le 20 novembre 1921 à Paris.

Née à terme. Nourrie au sein.

Poids à la naissance : 4 kgr. 500.

1^{re} visite au Dispensaire : le 28 novembre 1929. Visite de prophylaxie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : rougeole à 4 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX : bon état général, température : 36°9.

EXAMEN : Taille : 1 m. 19. Poids : 24 kgr. 100.

Faciès coloré.

Dos rond.

— Appareil pleuro-pulmonaire : normal.

Mais quelques petits ganglions cervicaux.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : le 29 novembre 1929.

Gros hiles arborescents, le droit plus chargé que le gauche (avec une ombre cléido-hilaire, vraisemblablement ganglionnaire, grosse comme un haricot).

1^{re} CUTIRÉACTION : le 30 novembre 1929 : négative.

2^e visite au Dispensaire : le 26 mars 1931.

- assez bon état général. Poids : 28 kgr. 300.
- examen physique négatif, mais tendance à cyphose.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 30 mars 1931.

Montre ombres hilaires droite très augmentées de volume, avec fins tractus partant du hile et s'épanouissant dans la partie inférieure du poumon droit. La grosse ombre ganglionnaire signalée à l'examen radioscopique précédent a disparu.

2^e CUTIRÉACTION : le 31 mars 1931 : négative.

Proposée pour colonie de vacances. Y reste 2 mois.

3^e visite au Dispensaire : le 3 mars 1934.

- Bon état général. Poids : 35 kgr. 200.
- Examen clinique ne révèle rien d'autre qu'une cyphose assez marquée. Pas de ganglions cervicaux.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 4 mars 1934.

Diminution nette des ombres hilaires droites.
Quelques ombres d'aspect calcifié disséminées dans le poumon droit.

3^e CUTIRÉACTION : le 4 mars 1934 : négative.

Part en colonie de vacances pour l'été 1934.

4^e visite au Dispensaire : le 7 mars 1935.

- Bon état général. Poids : 36 kgr. 500.
- Cyphose persiste, mais n'est point accentuée.
- Examen clinique : ne révèle rien d'anormal.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 29 mars 1935.

Rien de particulier à signaler depuis la dernière radio, si ce n'est quelques fins tractus se détachant du hile gauche pour remonter vers le 1/3 supérieur du poumon droit.

3^e CUTIRÉACTION : le 9 mars 1935 : négative.

Envoyée à Bau... pour 4 mois le 25 juin 1935.

3^o) UNG... RENÉ.

Né à Paris le 1^{er} décembre 1922.

Né à terme. Elevé au sein jusqu'à l'âge de 10 mois.

1^{re} consultation au Dispensaire : le 9 mars 1933.

Visite de prophylaxie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- varicelle à 4 ans.
- rougeole à 5 ans.
- aurait fait en janvier 1933 un épisode pulmonaire aigu, étiqueté « grippe » dont il ne s'est point encore remis.

S. F. : rien à signaler.

S. G. : un peu d'asthénie. Température 36°.

EXAMEN CLINIQUE :

- Taille : 1 m. 32. Poids : 29 kilos.
- Rien d'anormal à signaler.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 10 mars 1933.

Transparence normale des deux champs pulmonaires, mais hile droit épaissi, d'où partent fins tractus s'épanouissant dans partie inférieure du poumon droit.

1^{re} CUTIRÉACTION : 9 mars 1933 : négative.

Envoyé pour les vacances à Saint-Troyen.

Reste 2 mois.

A son retour : excellent état général.

2^e visite : le 25 novembre 1934.

- A la suite d'un refroidissement, touse depuis plusieurs semaines. Se sent fatigué.
- Faciès pâle. Poids : 31 kilos.
- A l'examen clinique : rien à signaler au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire, mais :
- Quelques petits ganglions cervicaux bilatéraux.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 28 novembre 1934.

Montre que le hile droit est toujours épaissi avec tractus nombreux s'épanouissant dans tout le poumon droit. De plus, fins tractus à point de départ hilare gauche, s'épanouissant dans le sommet du poumon gauche.

2^e CUTIRÉACTION : le 26 novembre 1934 : fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances.

Bon état à son retour. Ganglions disparus.

3^e visite au Dispensaire : le 7 mars 1935.

Bon état général (Poids : 33 kilos).

Rien à signaler à l'examen clinique.

3^e CUTIRÉACTION : le 8 mars 1935 : toujours fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances en juillet 1935.

4^e) UNG... JULIA.

Née le 11 janvier 1925 à Paris.

Née à terme. Nourrie au sein.

1^{re} visite au Dispensaire : le 28 novembre 1929.

Visite de prophylaxie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : rougeole à 2 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX : bon état général. Température 37°1.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 05. Poids : 19 kgr. 400.

Faciès normalement coloré.

Appareil pleuro-pulmonaire : rien d'anormal, mais :

Ganglions cervicaux et axillaires assez gros des deux côtés.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : le 29 novembre 1929.

Transparence normale des deux champs pulmonaires, mais hile droit chargé. Hile gauche étalé, chargé, mal délimité, avec grisaille de la région péri-hilaire, d'où partent quelques traînées d'ombre dans le poumon gauche.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 28 novembre 1929 : négative.**2^e visite** : le 6 mars 1930.

Bon état général (Poids: 20 kgr. 200).

Mais ganglions cervicaux et axillaires persistent (sans augmentation).

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 8 mars 1930.

Confirme résultats de l'examen radioscopique : les hiles sont toujours importants, très arborescents (surtout du côté gauche).

Toutefois ils semblent moins flous, les ombres sont plus nettes.

2^e CUTIRÉACTION : le 6 mars 1930 : négative.

Envoyée en colonie de vacances.

A son retour a gagné 2 kilos. Ganglions axillaires ont disparu.

Il ne persiste que quelques ganglions cervicaux.

3^e visite : 23 avril 1931.

Bon état général (Poids : 22 kgr. 500).

Mais appétit médiocre.

Quelques ganglions cervicaux.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 25 avril 1931.

Même image que précédente. Toutefois les ombres hilaires se montrent plus nettes, plus détachées, encore que toujours importantes et arborescentes.

3^e CUTIRÉACTION : le 25 avril 1931 : absolument négative.

Envoyée à Arcachon : juin à octobre 1931.

4^e visite : le 2 juin 1932.

Bon état général, mais présente encore quelques ganglions cervicaux de petit volume.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 4 juin 1932.

Résultats analogues à précédente radio. Toutefois hile gauche semble avoir régressé de volume.

4^e CUTIRÉACTION : le 5 juin 1932 : toujours négative.

Envoyée colonie de vacances (Arcachon) jusqu'en septembre 1932.

5^e visite : 9 mars 1933.

Rien d'autre à signaler que :

a) ganglions cervicaux assez gros (des deux côtés) ;

b) déviation de la colonne vertébrale.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 11 mars 1933.

Hile droit toujours épaissi, avec tractus se détachant du hile vers le 1/3 inférieur du poumon droit. Quelques ombres d'aspect crétaqué, au niveau du 1/3 moyen du poumon droit. Côté gauche à peu près normal.

5^e CUTIRÉACTION : le 10 mars 1933 : négative.

Va en vacances avec sa famille.

En 1934 (30 juin).

Excellent état général (Poids : 31 kgr. 300).

Ganglions cervicaux ont diminué de volume.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 22 juin 1934.

Hile droit toujours étalé, mais net. Quelques ombres crétacées analogues à celles précédemment décrites.

6^e CUTIRÉACTION : le 21 juin 1934 : négative.

Envoyée à Bidart pour 3 mois.

En 1935 (juin).

Rien de nouveau à signaler.

Ganglions ont disparu.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 23 juin 1935 : identique au précédent.

7^e CUTIRÉACTION : le 24 juin 1935 : négative.

Envoyée en colonie de vacances.

5^o) UNG... LOUISE.

Née le 3 février 1926 à Paris.

Née à terme. Nourrie au biberon.

1^{re} visite au Dispensaire : le 28 novembre 1929. Visite de prophylaxie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : rougeole à 2 mois.

SIGNES FONCTIONNELS : tousses un peu, toux sèche.

SIGNES GÉNÉRAUX : bon état général. Température 37°.

EXAMEN CLINIQUE.

Taille 0 m. 90. Poids 16 kilos.

Rien à signaler à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire, mais :

a) ganglions cervicaux, petits mais bilatéraux ;

b) incurvation interne des deux jambes (rachitisme ?).

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 30 novembre 1929.

Transparence normale des deux champs pulmonaires. Hiles de volume normal.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 29 novembre 1929 : négative.

Envoyée de juillet à septembre 1930 dans Préventorium.

N'est pas examinée au retour.

En 1931 : n'est pas venue au Dispensaire.

2^e visite : 9 juin 1932.

— Bon aspect général. Poids 21 kilos.

— Rien à signaler au point de vue pleuro-pulmonaire.

— ganglions ont disparu, incurvation des jambes persiste.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 14 juin 1932.

Du côté droit : grisaille de l'angle sterno-claviculaire, accentuation de la trame à la partie inférieure du poumon.

Du côté gauche: accentuation du tractus cléido-hilaire.

2^e CUTIRÉACTION : le 10 juin 1932 : négative.

En 1933-1934 : n'est pas vue au Dispensaire.

3^e visite : 13 avril 1935.

— Bon état général. Poids : 28 kgr. 400.

— Rien à signaler, si ce n'est incurvation rachitique (?) des deux jambes.

3^e CLICHÉ : 15 avril 1935.

Il ne persiste comme image anormale à signaler qu'un épaississement des deux ombres hilaires.

3^e CUTIRÉACTION : le 16 avril 1935 : négative.

II. — FAMILLE CH...

Père : Jean. Né en 1900.

Semble indemne de tuberculose.

Mère : Hélène. Née en 1905.

Pleurésie en 1934, suivie de l'évolution presque immédiate d'une tuberculose à forme ulcéro-caséuse. Bacillaire.

Deux enfants :

ROGER : né en 1925.

En contact avec sa mère.

— Bon état général, mais hiles élargis, et cuti-positive.

— Envoyé en préventorium.

— Tempérament très affectif. A été très affecté par la maladie de sa mère. Bon élève. A dû s'occuper de sa sœur et des travaux ménagers lorsque sa mère a été hospitalisée.

PAULETTE : née en 1930.

— Cuti positive, mais bon état général.

— Enfant de caractère égal. Très joueuse, très alerte.

Père : CH... JEAN.

Né le 31 octobre 1900 à Champrosay (S.-et-O.).

Poseur de tapis.

1^{re} visite au Dispensaire : le 21 mars 1935.

Visite de prophylaxie, car en contact depuis plusieurs années avec sa femme, à l'heure actuelle hospitalisée pour tuberculose pulmonaire à l'Hôpital Broussais (depuis le 22 janvier 1935).

EXAMEN : Taille : 1 m. 60. Poids : 66 kgr. 250.

— Rien dans ses antécédents (aurait eu toutefois une sœur décédée à l'âge de 22 ans d'une affection pulmonaire aiguë ?).

— 2 enfants.

EXAMEN PHYSIQUE :

- Bon aspect général.
- Ne tousse, ni ne crache.
- Rien à l'examen de l'appareil pulmonaire.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 5 mars 1935.

Montre un hile gauche un peu augmenté de volume, avec bandes fibreuses s'étalant dans le 1/3 inférieur du poumon gauche.
Hile droit normal. Quelques ombres ovales d'aspect calcifié.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : 23 mars 1935.

Pas de B. K., à l'examen direct, et après homogénéisation.
On conseille au malade de revenir au dispensaire tous les trois mois.

Mère : CH... HÉLÈNE.

Née le 15 avril 1905.

Ménagère.

1^{re} visite dispensaire : le 12 mars 1935.

Vient consulter car vient de faire une pleurésie droite.

INTERROGATOIRE :

Rien dans ses antécédents familiaux et personnels.

- Au mois de janvier 1935, aurait brusquement été saisie d'un point de côté avec fièvre à 39°, d'une toux sèche, sans expectoration, avec mauvais état général (asthénie, anorexie, amaigrissement).
- Un médecin consulté aurait diagnostiqué une pleurésie droite, diagnostic confirmé par une ponction qui aurait ramené « du liquide ».
- Cette pleurésie a évolué en 8 semaines environ (hospitalisation à Broussais). Un examen de crachats aurait été pratiqué, fin février 1935, dans un laboratoire, et aurait montré après homogénéisation la présence de bacilles de Koch (impossible d'avoir d'autres précisions).

Examen : le 12 mars 1935.

- Taille 1 m. 40. Poids : 42 kgr. 200.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Aspect médiocre.
- Amaigrissement (5 kilos en 2 mois).
- Asthénie.
- Assez bon appétit.
- température normale (36°8-37°2).

SIGNES FONCTIONNELS :

- Toux sèche, par quintes.
- Expectoration rare, mousseuse.

SIGNES PHYSIQUES :

- Amaigrissement avec dépression des fosses sus-claviculaires et sus-épineuses.

Percussion : matité de la base droite.

Palpation : abolition des vibrations.

Auscultation : abolition du murmure vésiculaire à droite ; respiration rude au sommet ; retentissement métallique de la toux.

A gauche : normal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 14 mars 1935.

- Opacité homogène du 1/3 inférieur du poumon droit, avec grisaille des 2/3 supérieurs, sans taches ni marbrures, ni images spéléomorphiques.
- Hile gauche augmenté de volume.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : le 12 mars 1935.

Pas de B. K., tant à l'examen direct qu'après homogénéisation.

- Envoyée au Glandier : le 2 avril 1935.

Repart au bout d'un mois, ayant gagné 4 kilos, pour aller soigner sa mère souffrante.

- Bacilloscopie restée constamment négative.

En 1936 : Hospitalisée à l'Hôpital Broussais : à la suite d'un épisode pulmonaire aigu.

- Mauvais état général. Température : 39°. Présence de Bacilles de Koch dans les crachats.

1^o) CH... ROGER.

Né le 3 mars 1925 à Paris.

Né à terme, pesant 3 kilos.

Nourri au biberon.

1^{re} visite au dispensaire : le 14 mars 1935.

Visite de prophylaxie, car en contact avec mère qui aurait eu bacilloscopie positive (Pleurésie mars 1935).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

— bronchites dans petite enfance.

— rougeole à 8 ans.

— coqueluche à 9 ans.

— scarlatine à 10 ans.

EXAMEN PHYSIQUE : taille 1 m. 37. Poids 31 kgr. 200.

Excellent état général.

Rien d'anormal. Pas de ganglions.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 15 mars 1935.

Taches minuscules disséminées sur tout le champ pulmonaire droit, avec hile droit élargi.

CUTIRÉACTION le 14 mars 1935 : fortement positive.

Envoyé en Préventorium le 10 avril 1935.

2^o) CH... PAULETTE.

Née le 22 février 1930 à Champrosay (Seine-et-Oise).

Née à terme, poids normal.

Allaitement maternel.

1^{re} visite au dispensaire : le 14 mars 1935.

Visite de prophylaxie (mère B. K. +, vient de faire pleurésie).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

— Rougeole à 2 ans.

— Coqueluche à 2 ans 1/2.

— Scarlatine à 3 ans.

EXAMEN : Taille : 1 m. 07. Poids : 17 kgr. 300.

Bon aspect général.

Rien d'anormal à l'examen de l'appareil pulmonaire.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 15 mars 1935.

Hile pulmonaire droit nettement épaissi, avec tractus partant du hile vers le 1/3 inférieur du poumon droit.

Côté gauche normal.

CUTIRÉACTION : Le 14 mars 1935 : fortement positive.

Envoyée en préventorium.

III. — FAMILLE TOC...

Père : JULES. Né en 1880.

- Réformé tuberculeux 100 % en 1918.
- Bacillaire. Resté en contact presque permanent avec ses enfants.

Mère : MARIE. Née en 1885.

- N'est jamais venue consulter, mais semble indemne de toute lésion tuberculeuse.

Huit enfants :

1^{er} LUCIEN : Né en 1908.

- En contact avec son père depuis 1919.
- Adénopathie cervicale, cuti positive (Pas de renseignements sur son caractère).

2^e ANDRÉ : Né en 1911.

- En contact avec son père depuis 1919.
- Adénopathie cervicale.

Caractère : assez brutal. Mauvais élève. Très sportif. Désire vivre à la campagne (envoyé dans une école d'Agriculture en 1929).

de seconder sa mère dans les travaux ménagers, s'occupe de ses frères plus jeunes.

3^e PIERRE : Né en 1915.

- En contact avec son père depuis 1919.
- Adénopathie cervicale ; cuti très positive. Pas de renseignements recueillis sur son caractère.

4^e JEAN : Né en 1917.

- Mort de méningite tuberculeuse en 1919.
- Pas de renseignements recueillis sur son histoire clinique et sur son caractère.

5^e ROBERT : Né en 1918.

En contact avec son père depuis 1919.

Cuti positive. Hiles épaissis à radio.

— Caractère assez indifférent ; médiocre élève. Très sportif ; désire être facteur.

6^e MARCELLE : Née en 1922.

En contact avec son père depuis sa naissance.

Cuti positive. Ombres hilaires développées.

— Enfant de caractère très affectueux. Bonne élève. Essaie

7^e HENRI : Né en 1924.

En contact avec son père depuis sa naissance.

Adénopathie cervicale ; cuti positive ; empâtement hilaire.

— Enfant de caractère difficile ; mauvaise fréquentation scolaire. Batailleur, irritable ; voudrait être boxeur.

8^e FERNAND : Né en 1925.

En contact avec son père depuis sa naissance.

Adénopathie cervicale et inguinale ; cuti très positive.

— Caractère difficile. Très bruyant ; aime jeux de plein air. Médiocre élève. Désire être marin.

Père : TOC... JULES, chaudronnier.

Né le 24 septembre 1880.

Vient consulter le 18 septembre 1919 (âgé de 39 ans) au dispensaire V. de G.

Taille : 1 m. 64. Poids : 58 kgr. 300.

Accuse :

— Toux grasse, matinale.

— Douleurs thoraciques postérieures.

— Essoufflement à la marche.

— Appétit médiocre. Digestions pénibles.

A l'examen :

— Matité au sommet droit.

— vibrations exagérées

— nombreux râles humides } à droite.

— retentissement de la toux } à gauche.

— quelques râles

Expectoration fourmille de B. K.

Pendant toute l'année 1919, suivi régulièrement au dispensaire.

Le poids fléchit en octobre jusqu'à 56 kilos puis remonte en décembre à 59 kgr. 800.

Quelques crachats hémoptoïques en octobre 1919 s'accompagnant de fléchissement de l'état général, apparition de runchus et sibilances du côté gauche, qui disparaissent du reste en décembre.

Pas de radio.

Traité pas AS, potion récalcifiante et gouttes d'Iode.

1920 : En janvier :

a) Apparition d'un nouveau foyer (sous-crépitants sous la clavicule droite.

b) Troubles intestinaux (diarrhée). On perçoit cæcum et côlon ascendant durs, tendus, mais sans réaction péritonéale à proprement parler.

Le poids baisse de 59 kgr. 800 à 57 kilos, mais l'état général est relativement bien conservé.

L'expectoration est toujours bacillifère.

Même traitement.

1921 : Est réformé en janvier à 100 %.

Conditions de vie s'améliorent, malgré la naissance d'un enfant.

Il se sent mieux, recommence à travailler. Le poids remonte de 57 à 59 kgr. 200, mais mêmes signes stéthacoustiques et B. K. + + +.

1922 : Amélioration persiste jusqu'en juin, où survient nouvelle hémoptysie, du reste peu importante. Cependant cet incident décide le malade à rentrer en sanatorium (Montfaucon) où il est hospitalisé du 23 juin au 7 août 1922.

Sort du Sanatorium considérablement amélioré. Son poids est à 63 kgr. 500. A sa visite au dispensaire (12 août 1922) :

A l'examen : râles crépitants au sommet droit, respiration soufflante à gauche.

Mais expectoration bacillifère.

1923 : Le malade décide d'aller vivre en sa ville natale (Boulogne-sur-Mer) où il exerce son métier. Il doit en revenir en novembre. Son état général a fléchi, mais son poids est de 64 kgr. 900. Mêmes signes physiques. B. K. + + dans l'expectoration.

1924 : Etat stationnaire pendant toute l'année.

Mais gagne du poids : 66 kilos, bien que travaillant.

Mêmes signes à droite.

Apparition de quelques râles crépitants sous la clavicule gauche
(à la suite d'un séjour au bord de la mer (Boulogne) durant l'été).

Expectoration : B. K. + +.

Traitement : Huile de foie de morue.

1925 : Grosse amélioration, malgré le travail.

Le poids est monté à 67 kilos.

Les signes persistent à droite à l'auscultation, mais à gauche on ne note qu'une respiration rude.

Cependant : B. K. + + dans les crachats.

1926 : Grosse amélioration jusqu'en juillet. Poids monte à 69 kilos, un examen B. K. négatif en juin.

Cependant à la suite d'un séjour en Bretagne, revient fatigué (chute de poids : 66 kgr. 500).

Visite au dispensaire (S. P. *idem*. B. K. +).

Reprend son travail.

1927 : Etat général décline un peu. Doit ralentir son travail.

Poids fléchit (66 à 65 kilos).

Tousse. Crache plus abondamment.

Signes physiques : râles humides au sommet droit, souffle et râles crépitants. Rien à gauche si ce n'est rudesse respiratoire.

En mai 1927 : enrrouement.

Va consulter service O.-R.-L. : on ne trouve que quelques granulations pharyngées.

Au larynx : épaissement interarythénoidien, muqueuse rouge, cordes rosées : laryngite irritative, traitée par inhalations et badigeonnages glycérine iodée. Guérit assez rapidement.

Toutefois le malade a dû suspendre son travail.

Se rétablit. Poids remonte à 67 kilos.

B. K. + +.

1928 : Etat stationnaire jusqu'en juillet.

Envoyé pour 3 mois à la Chapelle-en-Vercors (900 m.), sanatorium

Ce séjour donne d'excellents résultats : le poids remonte à 68 kilos.

Toujours B. K. négatif.

Malheureusement à son retour recommence à travailler.

S. P. *idem*.

1929 : Très bonne année : poids 70 kilos.

Même existence normale.

A deux visites au dispensaire : S. P. *idem*. B. K. +

1930 : Le poids est monté à 71 kilos.

Le malade, malgré les conseils médicaux, part en vacances en juillet en Bretagne.

Revient en septembre au dispensaire :

Changement total : à la suite épisode pulmonaire aigu qui a forcé le malade à s'aliter un mois, le poids est tombé à 66 kilos.

Malade fatigué, dyspnéique, tousses et crache abondamment.

Signes spéléonquaires à droite (souffle et râles humides).

Crépitations à gauche (au sommet).

B. K. + + + +.

1931 : Le malade a dû cesser tout travail.

Le poids oscille autour de 66 kilos.

Doit s'aliter environ 15 jours par mois.

Examen : gros signes à droite, apparition d'un foyer à gauche.

Tousses, crache (quelques crachats hémoptoïques).

1932 : Dernière visite au dispensaire.

Poids : 60 kgr. 800.

Mauvais état général.

Examen : gros signes de spéléonque à droite, foyer au sommet gauche.

Tousses beaucoup ; expectoration muco-purulente, abondante.

B. K. + + + +.

Très mauvais moral.

Depuis 1932 : n'est plus revenu au dispensaire. Les seuls renseignements que l'on ait sur le malade datent de mars 1935. Le malade vit avec sa femme et ses enfants à Athis-Mons. Il passe sa vie au lit, ne se levant que 2 heures par jour. Il se refuse à voir des médecins.

En résumé. — Tuberculose bilatérale, à début et prédominance droite, vraisemblablement fibreuse, puis fibro-caséuse, contractée durant la guerre, et ayant évolué pendant 15 ans (apyrétique). Pas de documents radiographiques.

Mère : TOC... MARIE.

Femme de Toc... Jules.

En contact avec son mari depuis 1919.

S'est toujours refusée à venir au dispensaire.

Paraît en bonne santé.

A fait 9 grossesses :

7 enfants vivants.

1 fausse-couche en 1918.

1 enfant mort à l'âge de 2 ans en 1919 (vraisemblablement de méningite tuberculeuse).

4 enfants nés après 1918.

enseignements complémentaires fournis par Dispensaire Hygiène Sociale.

Congestion pulmonaire en octobre 1923.

Très bon état général.

Bacilloscopie négative (17 janvier 1924).

Radio normale (24 janvier 1924).

1^o) TOC... LUCIEN.

Né le 25 juin 1908.

1^{re} consultation au dispensaire : 1^{er} octobre 1919.

A L'EXAMEN :

Bon aspect général.

Quelques ganglions cervicaux, petits, bilatéraux.

Les poumons paraissent normaux.

Les parents refusent de se séparer de l'enfant, et ce n'est qu'en 1924 qu'on réussit à l'envoyer à Orthez (jusque-là, a toujours été en contact avec son père). Il y reste 3 mois, de juillet à octobre.

Petite grippe en décembre 1924, mais convalescence rapide.

En 1925 : Sur dossier de proposition pour Sillery, on note : état général passable ; aptitude au travail diminuée ; pas d'amaigrissement ; bon appétit.

Mais petits ganglions cervicaux. Rudesse respiratoire du sommet gauche en avant et du sommet droit en arrière.

Bref : état général laissant à désirer avec signes d'auscultation minimes.

Refuse de partir à Sillery.

Commence à travailler (chaudronnier), 1926.

1927 : A perdu 3 kilos (de 67 à 64). Asthénie.

Radiographie montre : tramite assez marquée avec assez nombreuses petites taches assez bien limitées, dans les deux champs.

Part à la campagne 2 mois.

Cuti très positive avant son départ.

1928 : Rien à signaler. Bon état général. Poids : 66 kgr. 800.

1929 : Va faire son service militaire à Chartres. Aucun incident.

1930 : S'est marié. A un enfant bien portant.

N'a plus été vu au dispensaire.

2°) TOC... ANDRÉ.

Né le 30 décembre 1911.

Vu pour la 1^{re} fois au dispensaire le 1^{er} octobre 1919.

Taille : 1 m. 60. Poids : 22 kgr. 400.

Rien à noter que quelques ganglions cervicaux.

Examen clinique des poumons ne montre rien d'anormal, si ce n'est respiration rude aux deux sommets.

Envoyé en placement familial (Orthez) jusqu'en octobre 1920.

Bon état général.

De 1921 à 1925 : Rien à signaler.

Vit cependant en contact avec son père.

Se développe bien.

1926 : Rentre en apprentissage, mais revient consulter en juillet pour fatigue et amaigrissement (de 47 kgr. 800 à 43 kgr. 700).

On fait radio (dont on ne peut retrouver cliché) et examen de crachats négatif.

Respiration très rude à l'auscultation du sommet droit.

Part en Bretagne 3 mois.

En revient très amélioré (49 kgr. 700).

Examen radioscopique : respiration diaphragmatique diminuée des deux côtés avec léger voile du sommet gauche.

Quelques taches sur le champ pulmonaire.

Quelques ganglions hilaires assez développés.

En 1927 : Amygdalectomie.

En 1929 : Doit abandonner son apprentissage de chaudronnier.

Père se décide à se séparer de son fils.

Envoyé dans une école d'agriculture dans l'Isère.

Depuis, n'est plus revenu au dispensaire.

Renseignements fournis par Assistante sociale : excellents.

3^o) TOC... PIERRE.

Né le 30 mars 1915.

1^{re} visite au dispensaire : 1^{er} octobre 1919.

Taille : 1 m. 02. Poids : 16 kgr. 400.

Température : 37°7.

EXAMEN : ganglions cervicaux du côté gauche.

AUSCULTATION : poumons semblent normaux.

Envoyé placement familial (Orthez).

Revient en 1921 :

Assez bon état général.

Mais à l'auscultation (janvier) : quelques runchus dans les deux champs pulmonaires qui disparaissent en une quinzaine de jours.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 24 janvier 1921.

— Les deux champs pulmonaires sont clairs.

— Pas de ganglions. Bonne respiration diaphragmatique.

De 1922 à 1924 : Vit avec son père à Boulogne-sur-Mer.

En 1924 (juillet) :

Etat général médiocre.

Rudesse respiratoire sommet gauche.

Ganglions à gauche.

Part à Royan.

1925 : Rien à signaler.

1926 : Va passer l'été en Bretagne.

Tousse un peu, mais bon état général.

1927 : Assez bon état.

Cuti très positive (mars).

Envoyé à Royan pour passer l'été.

1928-1929 : Va passer l'été dans des camps de vacances.

Bon état général.

1930 : Double amygdalite aiguë : Amygdales fortement hypertrophiées, infectées.

Opéré à Boucicaut.

Séjour à la... après opération.

1932 : Nouvelle poussée d'amygdalite.

Radio : Montre champs pulmonaires normaux (léger épaissement des ombres hilaires à droite).

Depuis n'a plus été vu.

4°) TOC... ROBERT.

Né le 30 mars 1918.

Vu la 1^{re} fois le 30 septembre 1920.

Aurait fait en 1919 une gastro-entérite avec bronchite.

Taille : 0 m. 87. Poids : 12 kgr. 200.

Examen physique : Gros ventre. Testicules non descendus.

Rien à l'auscultation ; respiration nasale difficile.

Envoyé Maisons des Tout-Petits.

En 1921 : Opéré des amygdales à Boucicaut.

Jusqu'en 1930 : Va tous les ans régulièrement en colonie de vacances.

Le reste du temps, vit avec son père bacillifère.

En juin 1930 : Cuti très positive.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Montre altérations discrètes, quelques légères opacifications avec petits tractus.

RADIOGRAPHIE : Le 30 juin 1930.

Gros épaissement hilaire droit avec quelques ombres opaques, et tractus fins à point de départ hilaire descendant dans le champ pulmonaire droit. 1 ou 2 ombres opaques (ganglions crétaqués), hile gauche.

Départ en colonie de vacances (Royat).

1931 : Examen radioscopique :

Hile droit chargé avec traînées d'ombre dans l'espace inter-scapulo-vertébral. Hile gauche gros (avec 1 nodule calcifié).

1932 : Opéré à nouveau des amygdales.

Revient de colonie de vacances en excellent état.

Auscultation négative.

Depuis : Pas de renseignements.

5^e) TOC... MARCELLE.

Née le 5 septembre 1922.

1^{re} visite au dispensaire : Le 24 novembre 1923.

(Visite prophylatique, car vit avec son père bacillifère).

Absolument rien à signaler.

En 1924 : Cuti positive.

Pas de signes objectifs. Apparence de bonne santé.

En 1925 : Placement familial, mais en est retirée par ses parents au bout de quelques semaines.

En 1927 : se plaint de douleurs dans la jambe droite, mais les examens cliniques et radiographiques ne montrent rien d'anormal.

Du reste ces douleurs disparaissent en quelques mois.

Cuti très positive.

En 1929 : Aspect médiocre.

Rudesse respiratoire des 2 côtés.

RADIO : Le 5 février 1929.

Ombres hilaires développées, surtout à droite, avec quelques petites taches opaques disséminées dans les 2 champs pulmonaires ; sommets clairs.

En 1932 (A toujours vécu en contact avec son père).

2^e RADIO : Le 2 février 1932.

Ombres hilaires normales ; quelques ombres opaques (ganglions crétacés ?).

Envoyée en pension en 1933.

Depuis, plus de renseignements. Se porterait bien.

6°) TOC... HENRI.

Né le 17 février 1924.

Vu la 1^{re} fois au dispensaire : Le 3 mars 1924.

Bon état général (Erythème des nouveau-nés).

On note simplement quelques petits ganglions cervicaux et inguinaux.

On sépare aussitôt l'enfant du père et on l'envoie en nourrice.

En 1925 : Fait une bronchopneumonie (à l'âge de 18 mois) durant ce séjour à la campagne. Revient avec son père.

En 1927 : Mauvais état général.

Enfant toussé. Bronchite diffuse importante (gros râles).

Examen des selles : Recherche de B. K. négative.

Cuti très fortement positive.

1^{re} RADIOGRAPHIE : 18 mars 1927.

Montre léger empâtement hilair des 2 côtés avec réaction péri-hilaire à droite (en direction de l'interlobe).

Envoyé en préventorium.

Revient considérablement amélioré.

En 1931 : Revient consulter, car il toussé et est fatigué. Toux grasse.

Cuti très positive.

Fléchissement de poids de 23 kilos à 21 kilos.

Quelques râles à la base droite.

Ganglions cervicaux.

Envoyé à Servières.

2^e RADIOGRAPHIE : Le 27 mars 1931.

A gauche : Région hilair très étalée.

A droite : Hile élargi, flou. Ramifications péri-hilaires semblant traverser presque tout le champ pulmonaire (scissurite ?).

Tire le plus grand profit de son séjour à Servières : Gagne 6 kgr. 100 en 7 mois. Signes physiques disparus. Excellent état général.

En 1932 : Envoyé en préventorium 3 mois durant les vacances.

Revient en très bon état.

7^e) TOC... FERNAND.

Né le 17 septembre 1925.

Vu pour la **1^{re} fois au dispensaire** : Le 7 avril 1927.

Taille : 0 m. 80. Poids : 11 kgr. 600.

Habitus assez bon, mais faciès peu coloré.

Petits ganglions cervicaux et inguinaux.

Appétit médiocre.

Ferait angines assez fréquemment.

CUTI : Extrêmement positive.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE (avril 1927).

Ombres hilaires un peu marquées.

Ombres radiées partant du hile en éventail un peu marquées.

1^{re} RADIOGRAPHIE : Confirme renseignements fournis par la radioscopie.

Ombres radiées seraient plus marquées à droite qu'à gauche.

Envoyé en préventorium.

Renvoyé à Paris pour impétigo et suppuration adénite cervicale.

Rentre en contact avec père bacillifère.

En 1929 : Nouvelle poussée de bronchite avec quelques crachats.

(Recherche B. K. : Négative).

Cuti positive.

Envoyé en préventorium.

En 1932 : Revient consulter.

Bon état général.

Rien d'anormal à l'auscultation.

2^e RADIOGRAPHIE (2 février 1932).

Ombres hilaires nettement exagérées des 2 côtés, surtout à droite. Quelques nodules opaques dans les deux régions hilaires. Ombres se prolongeant sous forme de traînées à point de départ hilaire dans le champ pulmonaire droit (lobe inférieur).

Cuti ++.

N'a plus été revu.

IV. — FAMILLE CLO...

Père : Paul, né en 1899.

— Réformé en 1922 pour tuberculose pulmonaire bilatérale.

— Décédé en 1932 à Brévannes.

Mère : Marie, née en 1901.

— Tuberculose pulmonaire droite en 1932 traitée par pneumo-thorax, puis bilatérale.

— Décédé à Bicêtre en 1934.

Trois enfants :

1^{er} ANDRÉ : né en 1925.

— Resté en contact permanent depuis sa naissance avec son père et sa mère.

— Adénopathie cervicale. Hiles épaissis ; cuti très positive.

2^e RENÉ : né en 1927.

— Resté en contact permanent avec son père et sa mère depuis sa naissance.

— Petite adénopathie cervicale. Hile épaissi.

3^e PIERRE : né en 1929.

— Reste en contact avec ses parents depuis sa naissance jusqu'en 1932.

— Micropoly-adénopathie avec un peu d'empâtement des hiles.

Les seuls renseignements recueillis sur le caractère des enfants sont les suivants :

Tous trois d'un caractère à peu près égal. N'ont pas semblé réagir vivement à la disparition de leurs parents. Elèves moyens, aiment jouer.

CLO... Paul, CLO... Marie : Père et mère des enfants CLO...

Seuls renseignements recueillis :

Père réformé 100 % en 1922 pour tuberculose pulmonaire bilatérale.

Est resté en contact avec ses enfants jusqu'en 1930.

Hospitalisé à Brévannes.

Mort en 1932.

Mère a été hospitalisée en 1931 pour tuberculose pulmonaire, d'abord droite (traitée par pneumothorax), puis bilatérale.

Morte en 1934.

Est restée en contact avec ses enfants jusqu'en 1931. A élevé ses 2 premiers enfants au sein, le 3^e jusqu'à l'âge de 4 mois.

Tante maternelle (sœur de la mère).

Suivie au dispensaire jusqu'en 1931 pour tuberculose pulmonaire.

A été en contact permanent avec les 2 enfants aînés.

1^o) CLO... ANDRÉ.

Né le 2 mars 1925 à Paris.

Né à terme, pesant 5 kgr. 500. Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : le 13 avril 1926.

Vient consulter parce qu'il présente des bronchites fréquentes depuis son enfance.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : Chargés.

— Père réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire, bacillifère en contact permanent.

— Tante (sœur de sa mère) suivie au dispensaire (n° 3) en contact permanent.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

— Bronchopneumonie à l'âge de 10 mois, ayant nécessité une hospitalisation de six semaines aux Enfants-Malades.

SIGNES FONCTIONNELS : Tousse un peu surtout le matin.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Température : 37°1.

Léger amaigrissement (500 gr. en 15 jours).

Bon appétit.

EXAMEN PHYSIQUE :

Taille : 0 m. 78. Poids : 12 kgr. 300.

Médiocre aspect. Facies pâle.

Gros ventre.

EXAMEN DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE : Ne montre rien d'anormal, mais nombreux et très petits ganglions cervicaux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 14 août 1926.

Champs pulmonaires de transparence normale mais ombres hilaires considérablement augmentées de volume, particulièrement du côté gauche.

Enfant suivi régulièrement au dispensaire (mère a refusé de s'en séparer).

De **1926 à 1932** : Croissance normale, mais bronchites fréquentes.

N'est plus en contact avec son père depuis 1930.

En **juin 1932** : Vient consulter à la suite d'un épisode pulmonaire aigu, étiqueté bronchite, qui a duré une quinzaine de jours.

Fléchissement de l'état général (amaigrissement de 2 kgr.).

Tousse beaucoup.

A l'examen :

Quelques râles humides aux deux bases.

Ganglions cervicaux persistent.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 24 juin 1932.

Champ pulmonaire droit de transparence normale, avec hile épaissi.

L'ensemble du poumon gauche paraît légèrement voilé.

Hile gauche épaissi.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 22 juin 1932 : Très fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances pendant 3 mois.

En **1933-1934** : Suivi régulièrement au dispensaire. Rien à signaler.

En **mars 1935** : Revient consulter parce qu'il se sent fatigué et recommence à tousser.

Bon aspect général. Poids : 36 kgr. 200.

Examen clinique : Rien d'anormal (ganglions cervicaux ont disparu).

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 20 mars 1935.

Ensemble du poumon gauche très légèrement grisé, avec hile épaissi (2 ou 3 ombres ovalaires d'aspect crétaqué, grosseur d'une perle).

Champ pulmonaire droit normal.

2^e CUTIRÉACTION : le 21 mars 1935 : Très fortement positive.
Enfant envoyé à la campagne pour 6 mois.

2^o) CLO... RENÉ.

Né le 16 août 1927, à Paris.

Né à terme. Nourri au sein.

1^{re} consultation dispensaire : le 9 juin 1932.

Visite prophylactique.

ANTÉCÉDENTS : Rougeole à 3 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : Tousse un peu.

SIGNES GÉNÉRAUX : Bon état général. Température : 37°2.

SIGNES PHYSIQUES : Taille 1 m. 07. Poids : 20 kilos.

Bon habitus.

Rien à signaler au point de vue pleuro-pulmonaire. mais quelques petits ganglions cervicaux et inguinaux. ●

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 11 juin 1932.

Champs pulmonaires de transparence normale, mais hile droit épaissi, avec quelques fins tractus remontant dans le 1/3 supérieur du poumon. Quelques ombres d'apparence calcifiée.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 10 juin 1932 : Négative.

Du fait de la notion de contact et des antécédents, on envoie l'enfant dans une colonie de vacances.

En 1933 : Pas vu.

En 1934 : Vient consulter au mois de décembre, car il tousse et se sent fatigué.

A l'examen clinique : Rien d'autre à noter que quelques ganglions cervicaux des 2 côtés.

Poids : 26 kgr. 100.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 21 décembre 1934.

Image sensiblement comparable à la précédente. A signaler seulement quelques fins tractus détachés du hile gauche et irradiant dans le 1/3 supérieur du poumon gauche.

2^e CUTIRÉACTION : le 22 décembre 1934 : Négative .

En **1935** : Vient au dispensaire, parce que fatigué.

Il tousse et a perdu 500 gr.

Assez mauvais aspect général. Enfant pâle.

Pas de fièvre.

EXAMEN PHYSIQUE : Poids : 27 kilos.

A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire, rien d'anormal, si ce n'est une certaine rudesse respiratoire du sommet droit.

Nombreux ganglions cervicaux bilatéraux.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 21 mars 1935.

Transparence normale des 2 champs pulmonaires, mais hile droit, épaissi, presque triplé de volume, avec quelques ganglions du volume d'un gros pois.

3^e CUTIRÉACTION : le 23 mars 1935 : Négative.

Envoyé à la campagne.

3^o) CLO... PIERRE.

Né le 23 février 1929, à Paris.

Né à terme. Nourri au sein pendant 4 mois.

1^{re} visite dispensaire : le 9 juin 1932.

Visite de prophylaxie.

ANTÉCÉDENTS : Rougeole à 2 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX : Température 36°9.

Mange peu.

EXAMEN PHYSIQUE : Taille 0 m. 90. Poids : 13 kgr. 800.

Facies coloré. Bon habitus.

— Rien d'anormal à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire.

— Mais micropolyadénopathie (ganglions cervicaux, axillaires inguinaux).

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : le 11 juin 1932.

Léger empâtement des deux régions hilaires.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 12 juin 1932.

Confirme résultats de l'examen radioscopique. Montre de plus quelques ombres ovalaires d'aspect crétacé au niveau des deux hiles.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 11 juin 1932 : Négative.

Envoyé en colonie de vacances du fait des antécédents.

Reste 3 mois. Revient en excellente santé (ganglions ont à peu près disparu).

En 1933-1934 : Pas vu.

En 1935 :

2^e visite dispensaire : le 20 mars 1935.

— Bon état général. Poids : 18 kgr. 200.

Mais l'examen clinique décèle encore quelques ganglions cervicaux.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 22 mars 1935.

Même aspect qu'image précédente. Ombres hilaires plutôt diminuées de volume.

2^e CUTIRÉACTION : le 23 mars 1935 : Négative.

V. — FAMILLE VIG...

Père : Né en 1869.

- Emphysémateux. Tousseur et cracheur chronique. Mais recherche de bacilles dans l'expectoration a toujours été négative.

Mère : Née en 1879.

Semble indemne de tuberculose.

Cinq enfants :

1^{er} PAUL : Né en 1900.

- Jamais vu au dispensaire, mais serait bien portant.
- S'est marié en 1923 avec Lucienne G... qui a vécu 3 ans dans le groupe familial : elle semble être l'élément contaminateur. Décédée de tuberculose pulmonaire en 1931.

2^e MADELEINE : Née en 1907.

- En contact depuis 1923 avec sa belle-sœur.
- Plusieurs épisodes pulmonaires aigus type congestif.
- Spélonque apparue au poumon gauche en 1933. Expectoration bacillifère. Envoyée en sanatorium.
- Tempérament très affectif. Toujours inquiète. Se crée des soucis constants pour sa famille. Déception amoureuse (rupture de fiançailles) en 1933.

3^e MARGUERITE : Née en 1910.

- En contact avec sa belle-sœur depuis 1923.
- pleurésie droite en 1928. Divers épisodes pulmonaires aigus. Médiocre état général.
- Plusieurs séjours à la campagne.
- Tempérament très affectif. Se crée de gros soucis d'ordre professionnel et familial, surtout depuis son mariage. Dernier épisode pulmonaire survenu à la suite de la mort d'une petite fille.

4^e GEORGES : Né en 1913.

- En contact avec sa belle-sœur depuis 1923.
- Adénopathie cervicale. Hiles épaissis.
- Marié en 1934, avec G... Denise décédée de tuberculose pulmonaire bilatérale en 1935.
- Tempérament robuste ; caractère égal ; grand travailleur.
- A été très affecté par la mort de sa femme.

5^e GILBERTE : Née en 1915.

- En contact avec sa belle-sœur de 1923 à 1926, et autre belle-sœur de 1934 à 1935.
- Cuti positive. Hiles épaissis.
- Caractère gai ; très sportive ; n'a jamais semblé prendre excessivement à cœur les soucis familiaux.

Petite-fille : PAULETTE, née en 1924.

- Fille de Paul et de Lucienne G... (décédé T. P.).
- En contact avec sa mère de 1924 à 1926 et avec sa tante de 1934 à 1935.
- Micropolyadénopathie. Hiles chargés.
- Cuti très positive.
- Envoyée à la campagne.

EN RÉSUMÉ :

Père : PAUL, né en 1869.

Mère : FÉLICIE, née en 1879.

Enfants :

PAUL, 1900, mécanicien.

Marié à GI... Lucienne : Décédée tuberculose pulmonaire.

MADELEINE, 1907, dactylo.

MARGUERITE, 1910, employée de bureau.

GEORGES, 1913, manutentionnaire.

Marié à Denise X... : Décédée tuberculose pulmonaire.

GILBERTE, 1925.

Petits-enfants :

PAULETTE : 1923 (fille de Paul et Lucienne).

Mauvaises conditions sociales :

Rez-de-chaussée de 3 pièces.
Mauvaise aération, mauvais éclairage.
Aucune propreté.

VIG... PAUL. — PÈRE.

Né le 15 août 1869 à Saint-Charles (Aveyron).
Manœuvre.

1^{re} visite au dispensaire : 22 juillet 1927.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Congestion pulmonaire en 1923.
Paludéen de guerre.

Visite prophylaxie : car a deux filles suivies au dispensaire ; cependant :

Il a beaucoup maigri ces derniers mois.
Il tousse et crache.

SIGNES FONCTIONNELS :

Toux matinale, grasse.
Expectoration assez abondante, matinale, muqueuse.
Un peu de dyspnée d'effort.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Amaigrissement marqué (il aurait perdu 12 kilos en 4 mois).
Asthénie.
Quelques sueurs nocturnes.
Appétit médiocre.
Température : 37°2.

EXAMEN CLINIQUE : Taille : 1 m. 69. Poids : 79 kgr. 200.

Bon aspect général (malgré amaigrissement signalé).
Faciès coloré.

- L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire révèle seulement quelques runcus et quelques sibilances aux deux bases.
 - L'examen du cœur montre un assourdissement des bruits, avec un 2^e bruit aortique un peu claqué.
- Tension artérielle : 17-10.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 22 juillet 1927.

Montre un thorax du type emphysémateux, avec élargissement des espaces intercostaux. Nombreux tractus fibreux détachés

des deux hiles s'épanouissant dans les deux champs pulmonaires. Quelques ombres ovalaires d'aspect calcifié disséminées dans les deux poumons.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : le 23 juillet 1927 :

Négatif, tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation.

N'est pas revenu consulter au dispensaire. Cependant, d'après les renseignements recueillis par l'Assistante sociale, il semble bien que l'on puisse considérer le sujet indemne de tuberculose pulmonaire.

En avril 1934 : il aurait fait une hémiplegie gauche (aortite ?) et depuis il est resté paralysé du côté gauche, et reste pour ainsi dire constamment au lit.

VIG... FÉLICIE. — MÈRE.

Née le 16 avril 1879.

N'a jamais été vue au dispensaire.

Seuls renseignements recueillis :

— N'a jamais été malade (semble indemne de tuberculose pulmonaire.)

— Mariée en 1898 : a eu 5 enfants.

A fait une fausse couche de 6 mois en 1905.

1^o) VIG... PAUL.

Né le 3 juillet 1900 à Paris..

Profession : Oiseleur, puis mécanicien dans un garage.

N'a jamais été vu au dispensaire.

Seuls renseignements recueillis :

— N'aurait jamais été malade.

— Mobilisé en 1918, service actif. Démobilisé en 1921.

— S'est marié en 1923 avec GI... Lucienne.

— A eu une fille : Paulette en septembre 1924.

— Abandonné par sa femme en 1926 (cette femme, éthylique, serait morte de tuberculose pulmonaire en 1931 à l'hôpital d'Orléans).

— En 1935 : Serait en bonne santé.

(Renseignements Assistante sociale).

2^o) VIG... MADELEINE.

Née le 2 mai 1907 à Paris.

Employée de bureau.

1^{re} visite au dispensaire : le 5 mars 1927.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- Maladies d'enfance banales (varicelle, rougeole, coqueluche).
- Bronchites fréquentes.
- Réglée à l'âge de 13 ans, bien réglée.
- En février 1925 : A fait un épisode pulmonaire aigu étiqueté « pleuro-bronchite » qui l'a contrainte à rester 3 semaines au lit. A la suite de cet épisode la malade a perdu 4 kilos qu'elle n'aurait jamais récupérés.
- Depuis ne s'est jamais complètement rétablie.
- En octobre 1926 : Nouvelle poussée fébrile avec toux et expectoration (grippe ?) qui oblige la malade à abandonner son travail. Ne l'a repris que fin novembre 1926.

SIGNES FONCTIONNELS :

- Tousse un peu, surtout le matin.
- Expectoration : assez abondante, blanchâtre.
- Un peu de dyspnée d'effort.
- Quelques vagues douleurs thoraciques.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Poids stationnaire.
- Asthénie (se sent fatiguée tous les après-midis).
- Assez bon appétit.
- Température : 36°7.

EXAMEN CLINIQUE :

- Taille : 1 m. 65. Poids : 55 kgr. 300.
- Habitus assez bon, faciès coloré.

EXAMEN DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE :

Ne révèle rien d'autre qu'une certaine rudesse respiratoire du sommet gauche.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : le 6 mars 1927.

Montre simplement un sommet gauche un peu voilé, et s'éclairant moins bien à la toux que le sommet droit. Hiles normaux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 10 mars 1927.

Confirme les résultats de l'examen radioscopique : légère grisaille du sommet gauche.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : le 6 mars 1927.

Négatif (à l'examen direct).

On conseille à la malade de se faire suivre régulièrement au dispensaire.

Ne peut prendre que 8 jours de vacances en août.

En 1928 : Revient consulter en mai à la suite d'un refroidissement.

Tousse et crache.

N'a pas maigri (poids 54 kilos).

Toujours fatiguée.

Température : 37°5.

Examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire : rien d'anormal.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 27 mai 1928.

Confirme résultats de 1^{re} radio. Sommet gauche paraît plus clair ; hile gauche étalé, épaissi.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 28 mai 1928.

Négatif (examen direct).

Malgré ces examens négatifs, on considère la malade comme suspecte, et on lui demande de prendre un mois de vacances à la campagne.

A son retour (octobre 1928) n'a pas grossi, a même perdu du poids (52 kilos) mais se sent mieux.

— Toutefois la malade se plaint de quelques troubles urinaires : un médecin aurait même parlé de néphrite (douleurs à la miction, urines louches).

— Un examen des urines ne montre pas de pus, pas d'albumine, et la recherche des bacilles de Koch y est négative.

— Il semble s'être agi plus de cystite que de néphrite. Du reste ces troubles disparaissent en quelques semaines.

— La malade reprend son travail.

En 1929 : Fait en avril un nouvel épisode pulmonaire aigu fébrile qui dure une dizaine de jours.

Aspect médiocre. Très fatiguée.

Perd encore 5 kilos (poids 44 kgr. 500).

Température : 37°8.

L'examen clinique révèle un foyer de très gros râles humides à la base droite (vraisemblablement foyer congestif).

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 27 avril 1929.

Montre un hile droit épaissi, et une petite ébauche d'éperon transversal peu homogène au niveau du hile gauche.

3^e EXAMEN DES CRACHATS : Le 28 avril 1929.

Négatif (tant à l'ex. direct qu'à l'homogénéisation).

Considérant la malade toujours comme suspecte, on lui donne un mois de repos à la campagne.

Elle en revient considérablement améliorée (poids : 51 kgr. 400).

Rien d'anormal à l'examen des poumons.

Elle ne tousse pas, ne crache plus.

En 1930 : Visite de surveillance en juin.

Bon état général (poids 53 kgr. 400).

Ne tousse plus, ne crache plus.

En 1931-1932 : Pas vue au dispensaire.

En 1933 : Revient consulter le 10 novembre car vient de faire une nouvelle bronchite (?) qui l'a forcée à rester 10 jours au lit.

— Tousse et crache de nouveau.

— Point de côté au niveau de l'omoplate gauche.

— Aspect général médiocre, a beaucoup maigri (poids 49 kgr. 250)
Température : 37°8.

— Examen clinique : Montre quelques craquements au niveau du 1/3 moyen du poumon gauche, craquements secs survenant après la toux dans une zone très limitée.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 20 novembre 1933.

Montre une réduction de l'éperon transversal précédemment observé mais, au niveau de la région juxta-hilaire gauche, une image ovale, peu homogène, très suspecte. Tractus partant du hile gauche dans le 1/3 inférieur du poumon (aspect scléreux).

Côté droit : Normal.

4^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 21 novembre 1933.

Présence de bacilles de Koch à l'examen direct.

On conseille à la malade un pneumothorax gauche : elle s'y

refuse. Envoyée en sanatorium de Sallanches où elle reste 5 mois.

En 1934 : Revient du sanatorium très améliorée.

A gagné 6 kilos (poids 55 kgr. 600).

Bon état général.

Température : 36°8.

N'est plus fatiguée.

Ne tousse plus. Crache rarement.

L'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre rien d'anormal.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 3 mars 1934.

Montre à la hauteur de l'extrémité interne de la 3^e côte gauche une petite ombre aréolaire très discrète, mais peu homogène. Tractus fibreux persistent. Côté droit normal.

5^e EXAMEN DE CRACHATS : Négatif à l'examen direct ; positif à l'homogénéisation.

Malgré les conseils donnés au dispensaire, reprend son travail (qui n'est du reste pas trop fatigant).

- Revient au dispensaire au bout d'un mois et demi (25 avril)

A perdu 1 kgr. 500 (poids 54 kilos).

Se sent fatiguée.

Température : 37°5.

A l'examen clinique : On trouve à la partie moyenne du poumon gauche quelques râles humides.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 28 avril 1934.

Confirme les résultats de la précédente radiographie : Ombre aréolaire précédemment signalée persiste inchangée.

6^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 27 avril 1934.

Présence de quelques bacilles de Koch à l'examen direct.

Envoyée au sanatorium d'Arnières où elle rentre le 26 mai 1934.

1935 : Vue au cours d'une permission (le 18 mars).

Bon état général (poids 54 kgr. 200) mais mauvais moral. Désire se rapprocher de Paris, du fait préoccupations familiales.

Auscultation : Ne montre rien d'anormal.

7^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 20 mars 1935.

Cliché de face montre image sensiblement normale.

Cliché oblique révèle persistance de l'ombre aréolaire déjà si-

gnalée' (aurait plutôt tendance à diminuer dans ses dimensions).

7^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 19 mars 1935.

Négatif à l'examen direct.

Positif à l'homogénéisation.

Du fait des résultats moyens de son séjour à Arnières, on décide transfert de la malade à Bligny, où elle rentre le 10 mai 1935.

Diagnostic : Tuberculose pulmonaire très localisée de la région péri-hilaire gauche à évolution torpide mais avec expectoration bacillifère. Pronostic favorable.

3^o) VIG... MARGUERITE.

Née le 25 juin 1910 à Paris.

Employée de bureau.

1^{re} visite au dispensaire : Le 27 juin 1927.

Vient consulter parce qu'elle est très fatiguée depuis 1 an, et parce qu'elle a maigri.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : Maladies d'enfance. Rougeôle, varicelle, 2 peneumonies (?) à 5 ans et à 10 ans, bronchites fréquentes.

SIGNES FONCTIONNELS :

Tousse un peu, rarement.

Ne crache pas.

Quelques douleurs thoraciques du côté droit.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Amaigrissement : 4 kilos en 1 an.

Asthénie.

Appétit médiocre.

Température : 37°2.

Bien réglée.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille 1 m. 63. Poids 55 kgr. 400.

Assez bon aspect général, faciès un peu pâle.

Pas de ganglions.

EXAMEN CLINIQUE DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE ne décèle rien d'anormal, si ce n'est une certaine rudesse respiratoire du sommet droit.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 20 juin 1927.

Transparence normale des champs pulmonaires.

Hile droit un peu chargé.

2^e visite au dispensaire : Le 10 novembre 1927.

Visite de surveillance.

Bon état général. Poids 58 kilos.

Rien à signaler.

En 1928 : Fait une pleurésie droite avec épanchement (hospitalisée à Beaujon du 13 janvier au 15 avril 1928).

N'a jamais craché durant sa pleurésie, et l'examen du liquide n'aurait pas décelé la présence de bacilles de Koch.

EXAMEN CLINIQUE le 6 juin 1928 :

Aspect général médiocre (poids 56 kilos).

Température 37°4 (reste subfébrile).

Asthénie.

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire montre :

— Une matité de la base droite.

— Une abolition des vibrations dans les 2/3 inférieurs du poumon droit.

— Une abolition du murmure vésiculaire, avec quelques rûchus au 1/3 moyen du poumon droit.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 juin 1928.

Diminution de transparence de tout le poumon droit. La région hilare droite est large, mal délimitée. Une bande transversale d'apparence scléreuse part du hile pour s'épanouir dans la région moyenne. Le tiers inférieur du poumon est uniformément gris. Le côté gauche est d'aspect normal (quelques nodules d'aspect calcifié au tiers supérieur).

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 9 juin 1928.

Crachats salivaires, où l'examen direct et l'homogénéisation ne montrent pas la présence de bacilles de Koch.

Envoyée au Glandier le 24 juillet 1928.

En sort le 8 décembre 1928.

— A pris 11 kgr. 500 en 4 mois 1/2.

Excellent état général. Bon appétit. Ne tousse plus.

Plusieurs examens de crachats sont restés constamment négatifs.

Autorisée à reprendre son travail.

En 1929 : Suivie régulièrement au dispensaire.

En février : tousse un peu, mais bon état général (poids 62 kgr. 800).

Température 36°8.

L'auscultation montre une diminution du murmure vésiculaire à la base droite, mais pas de bruits adventices.

En juin : Gros amaigrissement (5 kilos en 3 mois).

Asthénie, pas de fièvre.

L'examen clinique ne décèle pas de modification au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 20 juin 1929.

Poumon droit : Hile un peu empâté, avec quelques opacifications de la région péri-hilaire. Quelques tractus au niveau de la région sous-claviculaire. Diminution de clarté à la base.

Diaphragme festonné. Poumon gauche normal.

Envoyée à la campagne (Orthez) pour 3 mois.

En 1930 : N'a été guère améliorée par son séjour à Orthez.

A dû reprendre son travail à son retour de Paris.

— Médiocre état général, ne cesse de maigrir (poids 54 kgr. 900).

— Asthénie.

— Ne tousse pas, ne crache pas.

— Examen clinique ne montre rien d'anormal.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 18 juin 1930.

Confirme résultats de la radiographie précédente. La base droite semble plutôt un peu plus claire.

Rien d'anormal au poumon gauche.

Part un mois à la campagne.

En 1931 : Change de profession.

Rentre comme Aide-Infirmière en Chirurgie à l'hôpital Saint-Michel.

A la suite d'une prise de sang dont elle ne peut ou ne veut donner

le résultat, le Dr Clément Simon lui aurait fait une série de piqûres intra-musculaires qui aurait amené une grosse amélioration de l'état général. La malade aurait pris 8 kilos (poids : 62 kgr. 500).

On fait au dispensaire une prise de sang pour rechercher une syphilis possible : B.-W. et Hecht : négatifs.

En 1932 : Se marie en janvier.

Revient consulter en mai, car vient de faire une fausse couche spontanée d'environ 2 mois.

Se sent fatiguée. Poids a baissé : 58 kgr. 700.

Mais aucun signe fonctionnel à signaler.

Examen clinique ne révèle qu'une diminution du murmure vésiculaire à la base droite avec quelques frottements vraisemblablement d'origine pleurale.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 17 mai 1932.

Mêmes résultats : Sclérose pleurale droite (obscurité complète du cul-de-sac pleural droit ; hémidiaphragme droit festonné).

Doit interrompre un mois son travail à l'hôpital Saint-Michel.

En 1933 : Revient consulter en mai, enceinte de 8 mois.

Bon état général.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 12 mai 1933.

Montre du côté droit une légère diminution de transparence du sommet avec empâtement du hile et quelques bandes partant du hile vers la clavicule. Diaphragme peu mobile avec sinus s'ouvrant incomplètement. Côté gauche : Aspect normal.

RECHERCHE DE BACILLES DE KOCH DANS LES SELLES : Le 13 mai.

Négative à l'examen direct et à l'homogénéisation.

ACCOUCHEMENT AU FORCEPS : Le 13 juin 1933.

Enfant du sexe mâle, de poids normal. A la Maternité on lui donne du B. C. G. Nourri à l'allaitement artificiel.

Meurt à l'âge d'un mois. Diagnostic posé : Diarrhée infantile (?).

Visite au dispensaire : 25 juillet 1933.

— Suites de couches normales.

— Bon état général, poids 58 kgr. 400.

— Rien de perceptible à l'examen pleuro-pulmonaire.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 26 juillet 1933.

Poumon droit : très léger voile du champ pulmonaire, plus marqué à la base. Hile étalé. Sinus très peu profond. Poumon gauche : Accentuation du tractus cléido-hilaire.

Part à la campagne pour 2 mois.

En 1934 : Fait en mars un épisode pulmonaire aigu fébrile étiqueté « double congestion pulmonaire » par son médecin traitant. Duré quinze jours.

Visite au dispensaire : Le 28 mars 1934.

Bon aspect général (poids 64 kgr. 300).

A l'examen : Il persiste encore quelques râles sous-crépitaux aux deux bases.

7^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 29 mars 1934.

Confirme résultats des précédentes radios, mais montre de plus des tractus hilaires et périhilaires beaucoup plus arborescents dans les deux champs pulmonaires (séquelles de congestion pulmonaire).

EXAMEN DES CRACHATS : Le 30 mars 1934.

Négatif (tant à l'ex. direct qu'à l'homogénéisation).

RECHERCHE DE BACILLES DE KOCH DANS LES SELLES :

Négatif (examen direct et homogénéisation).

Part se reposer 3 semaines à la campagne.

En 1935 : Visite de surveillance (10 avril).

Bon état général (poids 63 kgr. 900).

Rien à signaler.

4^o) VIG... GEORGES.

Né le 13 mars 1913. Cordonnier.

1^{re} visite au dispensaire : Le 23 juin 1928.

Vient consulter car il a maigri depuis 6 mois et présente quelques douleurs thoraciques.

— En contact avec sœur bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Diphtérie dans l'enfance.

Congestion pulmonaire à 6 ans.

SIGNES FONCTIONNELS :

Ne tousse ni ne crache.

Quelques douleurs thoraciques en arrière au niveau des deux omoplates.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Maigrissement qui serait de plusieurs kilos (mais ne s'est pas pesé).

Très fatigué.

Appétit médiocre.

Température : 37°5.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 72. Poids : 57 kgr. 200.

Un ganglion cervical gauche de la grosseur d'une petite amande.

Rien d'anormal à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 25 juin 1928.

Ne montre rien d'autre qu'un hile droit épaissi de volume, avec quelques ombres d'apparence calcifiée.

On ne peut faire examen de crachats (ne crache pas).

Envoyé à la campagne pour 3 mois.

A son retour, a pris 3 kilos. Bon état^{général}.

Recommence à travailler.

En 1929-1930 : pas vu.

En 1931 : Revient consulter en octobre, car très fatigué et a perdu 5 kilos en trois mois. Tousse et crache.

Rien d'anormal à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire, si ce n'est quelques râles de bronchite disséminés dans les deux bases pulmonaires.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 17 octobre 1931.

Montre un hile droit très épaissi, élargi, avec des trames péri-bronchiques au milieu desquelles on décèle des noyaux calcifiés.

Du côté gauche : hile étalé. Région juxta-hilaire chargée.

Le sommet semble voilé.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 18 octobre 1931 : Négatif.

En 1932 : Part en Algérie. où il s'engage au 2^e Zouaves (devançant l'appel).

En **1933** : Libéré du service militaire.

Bon état, mais a eu des bronchites fréquentes durant son service.
L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire décèle du reste encore quelques runchus à la base droite.

Poids : 76 kgr. 500.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 3 juin 1933.

Ombres hilaires droites très épaissies avec nombreux tractus se détachant du hile vers le 1/3 inférieur du poumon droit.

Nombreuses ombres ganglionnaires d'aspect crétaqué.

Sommet gauche clair. Hile gauche un peu étalé.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 4 juin 1933 : Négatif.

Il reprend son travail.

En **1934** : Fait en mars une forte angine.

Mauvais état général, amaigrissement de 4 kilos en 3 mois.

L'examen clinique ne révèle rien d'autre qu'une gorge extrêmement rouge.

Part en convalescence et reprend son poids normal : 75 kgr. 600.

Se marie en mai 1934.

En **1935** : Amélioration notable de l'état général (poids 77 kilos).

mais en contact avec femme devenue bacillifère. Envoyée en sana.

Décédée à la Salpêtrière en 1935 (tuberculose généralisée).

Rien à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 24 janvier 1935.

Confirme résultats précédente radio (nombreux tractus à point de départ hilaire s'épanouissant en éventail dans tout le champ pulmonaire droit).

3^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 25 janvier 1935.

Pas de bacilles de Koch à l'examen direct et à l'homogénéisation.

5^o) VIC... DENISE.

Née le 31 août 1914 à Bourg en-Bresse.

Sans profession.

1^{re} visite au dispensaire : Le 24 mars 1934.

Vient consulter parce qu'elle a eu une hémoptysie (quelques crachats rouges) le 15 mars 1934.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Maladies d'enfance banales (rougeole, varicelle, coqueluche).
Bronchite en 1926.
S'est mariée en mai 1934 avec Vig... Georges :

SIGNES FONCTIONNELS :

Ne tousse ni ne crache (depuis son hémoptysie).
Quelques douleurs sus-claviculaires et dans l'épaule gauche.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Croit avoir maigri, mais ne s'est pas pesée.
Asthénie très marquée (ne peut plus vaquer à ses travaux ménagers).
Appétit médiocre
Température : 37°.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 54. Poids 65 ki os.
Assez bon état général.
Faciès coloré.

EXAMEN DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE DÉCÈLE :

- submatité sommet gauche à percussion.
- Vibrations exagérées à la palpation du sommet gauche.
- Foyer de râles sous-crépitants, assez humides au sommet gauche à l'auscultation, avec éclat désagréable de la toux.
- Rudesse respiratoire au sommet droit.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 mars 1934.

- Poumon gauche : Sommet voilé. Légère grisaille non-homogène sous-claviculaire : Cette grisaille semble constituée par de fines marbrures du sommet gauche.
- Poumon droit : Sommet un peu nuageux. Transparence normale du champ pulmonaire droit dans l'ensemble. Diaphragme légèrement ondulé.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 13 mars 1934.

Négatif, tant à l'examen qu'à l'homogénéisation.
On met la malade au repos chez elle et on lui conseille de revenir consulter tous les mois au dispensaire.

2^e visite au dispensaire : Le 1^{er} juin 1934.

Revient consulter parce qu'elle se sent de plus en plus fatiguée (n'a pas pris de repos malgré les conseils), qu'elle a maigri (4 kilos en 3 mois) et qu'elle tousse et crache.

— Mauvais aspect général (poids 61 kgr. 600).

— Température oscille entre 37 et 38°2.

— Examen clinique à peu près identique au précédent : Toutefois les râles perçus au sommet droit sont plus nombreux et plus humides.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 3 juin 1934.

— Poumon gauche : Sommet toujours voilé. La grisaille sous-claviculaire non homogène signalée à la précédente radio semble avoir augmenté de volume.

— Poumon droit : Même aspect.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 5 juin 1934.

Décèle la présence de bacilles de Koch, tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation.

Devant ces résultats, on décide l'envoi de la malade au sanatorium d'Arnières où elle rentre le 23 juin 1934.

Les renseignements recueillis sur son séjour au sanatorium d'Arnières sont les suivants :

— Dès son arrivée, elle fait une angine phlegmonneuse, s'accompagne de fièvre (39) et d'un fléchissement de l'état général. Le poids tombe à 53 kilos.

— Un pneumothorax gauche est institué le 11 octobre 1934.

— Il semble d'abord donner de bons résultats ; les insufflations se font facilement. L'état général s'améliore, et le poids remonte à 57 kilos. Deux examens bactériologiques des crachats (en novembre et décembre 1934) sont négatifs.

— Mais, à la suite d'un refroidissement (vers le 15 janvier 1935) une nouvelle poussée thermique survient, l'état général fléchit, et la malade doit quitter le sanatorium pour être hospitalisée à l'hôpital Saint-Antoine (salle Malgaigne, le 1^{er} février 1935, service de M. le professeur BEZANÇON).

A son entrée à l'hôpital :

— Malade très fatiguée, dyspnéique.

— Tousse et crache beaucoup (crachats muco-purulents verdâtres).

- Poids : 45 kgr. 700.
- La température oscille entre 37°5 et 39°.

EXAMEN CLINIQUE :

- Révèle silence respiratoire du côté du pneumothorax.
- Matité au 1/3 supérieur du poumon droit, exagération des vibrations.
- Nombreux râles humides dans le 1/3 supérieur du poumon droit, éclat métallique à l'auscultation de la voix et de la toux.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 4 février 1935, montre :

- Du côté gauche : Pneumothorax parfaitement visible, sem-blant donner bonne compression du poumon. Toutefois à la partie moyenne du moignon pulmonaire, spélonque visible (dimensions d'une pièce de 2 francs).
- Du côté droit : Infiltration des 2/3 supérieurs du poumon, infiltration constituée par des taches et des marbrures particulièrement nombreuses au sommet. Pas d'image spéléomorphique. Base à peu près dégagée.

3^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 3 février 1935.

Positif (15 à 20 bacilles par champ à l'examen direct).

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 27 février 1935.

Poumon gauche : *idem*.

Poumon droit : Nettoyage des lésions. Base voilée.

Au bout d'une quinzaine de jours, malgré aggravation de l'état général, la malade signe sa feuille d'hôpital et rentre à son domicile.

A dû être hospitalisée à la Salpêtrière le 3 mai 1935, où elle est décédée le 9 mai de « tuberculose généralisée » (atteinte ménagée terminale).

VIG... GILBERTE.

Née le 28 août 1915, à Paris.

Dactylo.

1^{re} visite au dispensaire : Le 28 août 1934.

Visite de prophylaxie, en contact avec belle-sœur tuberculeuse.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Coqueluche à 3 ans.

Grippe (?) à 11 ans.

SIGNES FONCTIONNELS :

Tousse un peu.
Ne crache pas.
Quelques douleurs thoraciques.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Un peu d'amaigrissement (2 kilos en 3 mois).
Un peu d'asthénie.
Appétit médiocre.
Température 37° 4.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 55. Poids 53 kgr. 250.
Pas d'adénopathie perceptible.
Bon aspect général.
Rien d'anormal à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire.
Mais malade très nerveuse.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 29 août 1934.

Montre hile droit épaissi, avec fins tractus descendant dans le 1/3 inférieur du poumon droit. Quelques ombres grosses comme des pois au niveau des 2 hiles (ganglions crétacés).

1^{re} CUTIRÉACTION : Positive.

Part à la campagne 2 mois.

En 1935 : Pas vue.

Mais se porte bien (renseignements fournis par Assistante sociale).

6°) VIG... PAULETTE.

Née le 10 septembre 1924, à Paris.

Née à terme : 3 kilos. Nourrie au biberon.

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 juin 1932.

Visite prophylaxie (mère morte tuberculeuse (éthylque), tantes suivies au dispensaire).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à 3 ans.

Nombreuses bronchites dans son enfance.

SIGNES FONCTIONNELS : Néant.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Habitus médiocre.
Température 37°3.
Un peu d'asthénie.
Appétit médiocre.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille 1 m. 20. Poids 20 kilos.
Rien au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.
Mais :
Micropolyadénopathie surtout axillaire et inguinale.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 21 juin 1932.

Champs pulmonaires de transparence normale. Hile droit un peu épaissi, avec quelques ombres ovalaires (grosseur d'un haricot) vraisemblablement ganglionnaires.
Enfant suivie à l'Ecole de Puériculture.

En 1933 : Pas vue.

En 1934 : 2^e visite au dispensaire (17 mai).

- Assez bon état général (poids : 24 kilos).
- Rien à l'examen clinique (toutefois ganglions persistent).

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 24 mai 1934.

Montre hile droit étalé avec légère accentuation de l'éventail cléido-hilaire.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 17 mai 1934 : Négative.

- Etant donné notions de contagion familiale et ganglions, envoyée à Arbonne pour 6 mois.
- Revient en excellent état : a gagné 6 kilos.

En 1935 : 3^e visite au dispensaire (11 juillet).

Bon état général (poids 31 kilos).
Les ganglions ont disparu.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 13 juillet 1935.

Même aspect radiographique.

2^e CUTIRÉACTION : Le 13 juillet 1935 : Négative.

VI. — FAMILLE KR..

Père : Né en 1886.

— Semble indemne de tuberculose.

Mère : Née en 1886.

— Tuberculose pulmonaire droite (spélonque) avec expectoration bacillifère depuis 1933. Pneumothorax artificiel. Envoyée en sana jusqu'en mai 1925. Rejoint son foyer.

Cinq enfants :

1^{er} GERMAINE : Née en 1908.

— En contact avec sa mère depuis sa naissance.

— Adénopathie cervicale ; mauvais état général.

— Envoyée plusieurs fois à la campagne.

Caractère affectif ; gros soucis moraux ; très nerveuse. A dû prendre la place de sa mère au foyer et s'occuper de ses frères et sœurs.

2^e JEANNE : Née en 1909.

— En contact avec sa mère bacillifère.

— Adénopathie cervicale. Lobite gauche (1931).

— Pleurésie séro-fibrineuse (1934).

— Plusieurs séjour à la campagne.

Caractère semblable à celui de sa sœur aînée, mais encore plus exaltée. Très affectée par la maladie de sa mère. Participation active aux travaux ménagers. Pleurésie serait survenue à la suite d'une période de dépression due à des déceptions d'ordre sentimental.

3^e JACQUES : Né en 1916.

— En contact avec sa mère depuis sa naissance.

— Micropolyadénopathie. Ombres hilaires élargies.

— Envoyé en préventorium et en colonies de vacances.

Caractère coléreux. Très joueur, très batailleur. Médiocre élève. « Désire être marin pour quitter vite sa famille ».

4^e LUCIE : Née en 1920.

En contact avec sa mère depuis sa naissance.

Petite adénopathie cervicale. Cuti positive. Hiles épaissis.

Envoyée à la campagne.

Enfant de caractère lymphatique. Semble assez indifférente ; joué peu. Médiocre élève (à 13 ans sait à peine lire et écrire). N'a pas paru très affectée de la séparation d'avec sa mère.

5^e SIMONE : Née en 1922.

En contact avec sa mère depuis sa naissance.

Episode pulmonaire aigu (1924). Envoyée en placement familial.

Adénopathie cervicale. Réaction péritonéale (1925) traitée par ultra-violets. Envoyée en préventorium.

Enfant très douce, très affectueuse. Intelligence précoce (connait son alphabet à 3 ans). Très sensible.

Père : Jacques, né en 1886.

Mère : Maria, née en 1886.

Enfants :

Germaine, née en 1908 (employée de bureau).

Jeanne, née en 1909 (employée de bureau).

Jacques, né en 1916.

Lucie, née en 1920.

Simone, née en 1922.

Enquête sociale :

Logement ouvrier de 3 pièces avec cuisine, au 6^e étage assez bien aéré et éclairé, proprement tenu, mais famille de 7 personnes vivant avec 900 fr. par moi.

KRI... JACQUES. — PÈRE.

Né le 7 octobre 1886 à Mulhouse.

Ouvrier boucher aux abattoirs de Vaugirard.

Fixé à Paris depuis 1907 (après son service militaire). N'est jamais venu consulter au dispensaire, mais d'après les renseignements recueillis par l'Assistance sociale, serait en très bonne santé, continuant à travailler régulièrement. Semble indemne de toute lésion tuberculeuse.

KRI... MARIA. — MÈRE.

Né le 16 mai 1886 à Paris.

Ménagère.

1^{re} visite au dispensaire : Le 4 juillet 1923.

Vient consulter pour un point de côté à droite (dans le dos)
dont elle se plaint depuis deux mois.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à 2 ans.

Coqueluche à 4 ans.

— Episodes pulmonaires aigus qualifiés de « bronchites » en 1913 et en décembre 1922 (durée de ces épisodes : une quinzaine de jours).

— Réglée à 14 ans. Toujours bien réglée.

— Mariée en 1906 : a eu 5 enfants (5 grossesses à terme, pas de fausse couche).

— Depuis sa dernière grossesse, se sent fatigué.

SIGNES FONCTIONNELS :

— Toux : fréquente, grasse le matin, sèche dans la journée.

— Expectoration : assez abondante, surtout le matin, mucopurulente.

— Points de côté : surtout à la pointe de l'omoplate droite, en arrière.

— Un peu de dyspnée d'effort à la marche.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Mauvais état général.

Ne croit pas avoir maigri, mais ne s'est pas pesée.

Quelques sueurs nocturnes.

Grande asthénie.

Mauvais appétit.

Température : 37°3 .

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 60. Poids : 46 kgr. 750.

Faciès normalement coloré.

Habitus maigre.

— Inspection : dépression des fosses sus-claviculaires et des fosses sus-épineuses ; dépression des espaces intercostaux.

- Percussion : rien d'anormal.
- Palpation : exagération des vibrations au sommet droit.
- Auscultation :
 - En avant : rudesse de l'expiration au sommet droit.
 - En arrière : inspiration un peu rude.
 - Expiration très rude.
 - Retentissement métallique très intense de la voix et de la toux faisant poser l'hypothèse de spéléonque.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 9 juillet 1923.

Montre du côté gauche quelques opacifications diffuses du côté droit : champ pulmonaire rétracté dans l'ensemble ; sommet grisâtre. Quelques tractus à point de départ hilair s'épanouissant vers l'espace interscapulo-vertébral et la base du poumon droit.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 10 juillet 1923.

Négatif, tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation. Etant donné la discordance entre les signes cliniques et radiologiques on se méfie et on conseille à la malade de se reposer, et de ne plus allaiter son dernier-né.

2^e visite au dispensaire : Le 6 octobre 1923.

- Revient consulter, car elle a fait il y a une dizaine de jours une assez forte hémoptysie (presque un litre, dit la malade) qui a duré deux jours.
- La toux et l'expectoration présentent les mêmes caractères que ceux précédemment décrits.
- Mauvais état général (poids 43 kgr. 200) mais la température est normale (36°9).
- L'examen clinique montre l'existence au sommet droit d'un foyer de râles humides, particulièrement après la toux, qui présente un éclat métallique désagréable à l'oreille.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 7 octobre 1923.

Côté gauche : à peu près normal.

Côté droit : au sommet droit ombre opaque, sous-claviculaire, assez homogène, mais mal délimitée, avec des taches et des marbrures au 1/3 moyen du poumon droit.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 6 octobre 1923.

Nombreux bacilles de Koch à l'examen direct.

La malade se décide à se faire hospitaliser à l'Hôpital Boucicaut, où elle rentre le 8 octobre 1923. Un pneumo droit est institué le 12 octobre 1923.

La malade est envoyée au sanatorium d'Angicourt au début de janvier 1924. Elle y reste jusqu'au mois de mai 1925.

En 1925 : Suivie régulièrement au dispensaire tous les 15 jours pour insufflation de son pneumothorax.

- Est revenue dans son foyer, en contact avec ses enfants.
- Grosse amélioration de l'état général (poids 58 kgr. 300). Température est toujours restée normale. N'est plus fatiguée, bon appétit. Ne tousse plus, ne crache plus.

EXAMEN CLINIQUE : Silence respiratoire du côté droit (Pneumo). Pas de bruits adventices. Rien d'anormal du côté gauche.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 18 juin 1925.

Côté gauche : rien d'anormal.

Côté droit : pneumothorax avec excellent décollement ; moignon pulmonaire refoulé au niveau du hile ; pas de déplacement du médiastin.

3^e EXAMEN DE CRACHATS : 17 juin 1925.

L'examen direct et l'homogénéisation ne révèlent point de bacilles de Koch.

On envoie la malade à Provins pendant trois mois pour la soustraire au milieu familial.

En 1926 : Toujours insufflée régulièrement au dispensaire.

- Excellent état général. Augmente progressivement de poids : gagne 4 kilos dans l'année (poids 62 kgr. 600), température toujours normale.
- Aucun signe fonctionnel si ce n'est quelques crachats hémoptoïques au moment des périodes menstruelles.
- Examen clinique : *idem* au précédent.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 22 mai 1926.

Pneumo toujours avec bon décollement. Pas de liquide.

5^e ET 6^e EXAMENS DE CRACHATS (12 avril-16 juillet).

Négatifs (après homogénéisation).

En 1927 : Fait en février un épisode pulmonaire étiqueté « grippe » avec élévation de la température à 39° pendant 5 jours.

— Vue au décours de cet épisode (le 22 février).

Léger amaigrissement, mais la température est revenue à la normale.

EXAMEN CLINIQUE montre quelques râles humides au sommet gauche, mais rien d'anormal du côté droit, si ce n'est le silence respiratoire dû au pneumo.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 23 février 1927.

Même aspect du pneumothorax droit.

Hile épaissi du côté gauche.

7^e EXAMEN DE CRACHATS : 22 février 1927.

Négatif, après homo.

Cet épisode pulmonaire ne semble pas avoir eu de suites. La malade se rétablit très rapidement.

Arrêt du pneumothorax en juin 1927. Excellent état général ; malade va à la campagne durant les 2 mois de vacances.

En 1928 : Visite de surveillance en avril.

A eu en janvier une fracture de côtes à la suite d'un accident de la voie publique. Cette fracture semble s'être consolidée sans complications.

En juin : fait une petite hémoptysie de sang rouge, qui s'arrête du reste très rapidement. Elle ne s'accompagne pas d'une grosse modification de l'état général (poids 59 kgr. 600) et la température reste normale.

A L'EXAMEN CLINIQUE : Rudesse respiratoire extrême du côté droit avec quelques craquements assez secs survenant après la toux. Quelques râles de bronchite au sommet gauche.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 18 juin 1928.

Montre du côté droit nombreux tractus et bandes étalées à point de départ hilaire s'épanouissant dans tout le poumon. Ombre opaque sous-claviculaire persiste mais ne s'est pas étendue. Côté gauche normal dans l'ensemble, avec quelques opacifications au niveau du hile (ganglions crétacés).

8^e, 9^e ET 10^e EXAMENS DE CRACHATS en juin et juillet.

Restent tous négatifs (après homogénéisation des crachats). Une inoculation des crachats au cobaye est faite à l'Hôpital Saint-Antoine : l'animal a été tuberculisé, mais aurait survécu plusieurs mois.

On envoie la malade à la campagne pour 3 mois.

En **1929** : Pas venue au dispensaire.

En **1930** : Suivie régulièrement au dispensaire, mais bon état général. Le poids reste stationnaire aux environs de 59 kilos.

De temps à autre la malade accuse quelques crachats hémoptoïques coïncidant avec les périodes menstruelles, mais elle ne tousse plus et ne crache plus.

11^e EXAMEN DE CRACHATS : 13 mai 1930.

Négatif (après homo).

En **1931, 1932, 1933** : Rien à signaler.

En **1934** : Vient consulter, car ne voit plus ses règles depuis 2 mois (juin 1934). Il s'agit vraisemblablement de la ménopause.

Aspect floride (poids 62 kgr. 500).

Ne tousse ni ne crache.

Examen clinique montre toujours respiration très rude au sommet droit.

7^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 21 juin 1934.

Confirme évolution fibreuse des lésions à droite. Ombre sous-claviculaire droite semble avoir diminué de volume, entourée de tractus fibreux.

A gauche : quelques tractus fibreux dans le 1/3 inférieur du poumon.

12^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 20 juin 1934.

Négatif (après homo).

En **1935** : Visite de surveillance.

Très bon état général. Poids : 62 kgr. 400.

Respiration toujours très rude au sommet droit.

8^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 17 mai 1935.

Confirme les résultats de la précédente radio. Ombre sous-claviculaire droite a encore diminué.

13^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 16 mai 1935.

Crachats salivaires. Pas de bacilles après homogénéisation.
Une culture a été faite à l'Hôpital Laënnec.

1^o) KRI... GERMAINE.

Née le 30 octobre 1908 à Paris.

Née à terme, nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 9 août 1923.

En contact avec mère tuberculeuse bacillifère.

Visite de prophylaxie, car se sent un peu fatiguée

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Banales maladies d'enfance.

Réglée à 14 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Un peu d'asthénie.

Ne croit pas avoir maigri.

Bon appétit. Bon sommeil.

Température : 37°.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 53. Poids : 38 kgr. 300.

Habitus assez satisfaisant. Faciès un peu pâle.

Quelques petits ganglions cervicaux et axillaires, bilatéraux.

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre rien d'anormal.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 10 août 1923.

Ne montre rien d'anormal. Transparence habituelle des champs pulmonaires.

Envoyée en colonie de vacances (août et septembre) du fait de ses antécédents familiaux.

En 1924 : Revient consulter en mai pour quelques troubles gastro-intestinaux assez mal définis. On l'envoie en consultation à l'Hôpital Boucicaut chez le Dr Trémolières qui diagnostique une entérite muco-membraneuse et donne un traitement.

Mais l'état général reste excellent (poids 40 kgr. 500).

L'auscultation ne montre rien d'anormal. Les ganglions ont disparu.

En **1925** : N'est pas vue au dispensaire.

En **1926** : Revient consulter, car elle se sent assez fatiguée (travaille depuis 1925).

Poids 42 kilos. Faciès pâle du type anémique.

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre rien d'anormal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 12 avril 1926.

Transparence normale des deux champs pulmonaires, avec cependant des ombres radiées très marquées aux deux sommets.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 11 avril 1926 : fortement positive.

On envoie la jeune fille se reposer à la campagne durant deux mois.

En **1927** : Revient consulter en mai à la suite d'un refroidissement.

Tousse un peu, ne crache pas. Température normale.

Poids : 42 kgr. 800, mais aspect général médiocre.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 3 mai 1927.

Montre que le sommet gauche est légèrement voilé et s'éclaire moins bien à la toux que le sommet droit.

3^e CUTIRÉACTION : Le 4 mai 1927 : positive.

On envoie la malade à Pontourny où elle reste 5 mois.

En revient très améliorée (poids 45 kgr. 600).

En **1928, 1929** : N'est pas suivie au dispensaire.

En **1930** : Vient consulter car elle ressent des points douloureux, particulièrement en arrière, au-dessous de l'omoplate droite.

Aspect général toujours défectueux ; malade très nerveuse, ayant de gros soucis moraux (doit quand elle rentre de son travail s'occuper de ses frères et sœurs, du fait de la maladie de sa mère). Poids : 43 kgr. 200.

L'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre toujours rien d'anormal.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 9 mars 1930.

Aspect normal dans l'ensemble des champs pulmonaires, mais les ombres radiées précédemment signalées persistent aux deux sommets, particulièrement à gauche.

Envoyée pour cinq mois à Pontourny pour la soustraire au milieu familial. En revient en excellent état ayant gagné 5 kilos (48 kgr. 100) mais doit rejoindre son foyer et reprendre ses occupations.

En **1931, 1932, 1933** : Pas vue au dispensaire.

En **1934** : Visite de surveillance.

Rien de particulier à signaler, si ce n'est aspect général toujours chétif, faciès pâle.

Travaille toujours beaucoup et se fait beaucoup de soucis.

Rien d'anormal au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 21 juin 1934.

Aspect identique au précédent. Les ombres radiées auraient plutôt diminué aux deux sommets.

En **1935** : Aux derniers renseignements recueillis, se porterait bien mais fréquemment fatiguée. Toujours en contact avec sa mère.

2^o) KRI... JEANNE, employée de bureau.

Née le 18 novembre 1909 à Paris.

Née à terme, pesant 3 kgr. 050.

Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 9 août 1923.

Visite de prophylaxie, car se trouve en contact avec mère bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- Banales maladies d'enfance (rougeole, coqueluche).
- Ferait des bronchites assez fréquentes tous les hivers.
- Régée à 13 ans. Bien réglée.

SIGNES FONCTIONNELS : Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Assez bon état général, n'a pas maigri.
- Bon appétit.
- Température : 37°2.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 55. Poids : 41 kgr. 400.

Habitus moyen. Faciès normalement coloré.

Présence de petits ganglions cervicaux et axillaires et d'assez gros ganglions inguinaux.

L'auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire montre une certaine rudesse respiratoire du sommet gauche, avec éclat presque désagréable de la toux à ce niveau.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 10 août 1923.

Transparence normale dans l'ensemble des deux champs pulmonaires mais le sommet gauche est moins clair que le sommet droit.

Présence de quelques ombres radiées.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 9 août 1923 : fortement positive.

On envoie l'enfant à la campagne durant 2 mois.

Rejoint le foyer familial.

En 1924 : Vient consulter en juillet à la suite d'un refroidissement.

Tousse surtout le matin. Crache un peu. Se développe mal, poids stationnaire (41 kgr. 200). Aspect chétif.

A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire :

— Matité à la percussion du sommet gauche.

— A l'auscultation : quelques râles crépitants, secs, après la toux qui a un timbre désagréable.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 25 juillet 1924.

Du côté gauche : sommet gris dans l'ensemble avec des ombres radiées. Hile étendu, mal limité avec quelques ombres ovales d'aspect créacé.

Du côté droit : champ pulmonaire clair dans l'ensemble. Hile assez étendu, mal limité.

Le médiastin est gris dans toute son étendue.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 25 juillet 1924.

Crachats salivaires.

Pas de bacilles de Koch à l'examen direct et après homogénéisation.

Mise au repos. Puis envoyée à la campagne durant deux mois.

Revient très améliorée. A gagné 4 kilos (poids 48 kgr.).

A l'examen : les bruits adventices ont disparu, il persiste seulement une certaine rudesse respiratoire au sommet gauche.

De **1925 à 1930** : N'est pas vue au dispensaire.

Depuis **1926** : A commencé à travailler comme employée de bureau (travail assez fatigant).

En **1931** : Revient consulter au dispensaire parce qu'elle a présenté un épisode aigu fébrile en février à la suite d'un refroidissement. Elle a dû rester huit jours au lit.

EXAMEN CLINIQUE : Le 27 février 1931.

Jeune fille d'aspect malingre, au faciès pâle. Elle aurait maigri de 3 kilos en 15 jours (poids : 53 kgr. 200).

Température sub-fébrile (37°8).

L'examen clinique décèle la présence de crépitations sèches (particulièrement après la toux) au niveau de la région paravertébrale gauche. Cependant :

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 2 mars 1931.

Ne montre du côté droit que quelques tractus à point de départ hilaire s'épanouissant dans le 1/3 moyen du poumon droit.

Du côté gauche un sommet à l'aspect grisâtre avec quelques taches légères mal délimitées.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 1^{er} mars 1931.

Crachats salivaires.

Pas de bacilles de Koch à l'examen direct et après homogénéisation.

Etant donné l'aspect général médiocre de la malade, son asthénie, et la notion de contagé familial, on l'envoie se reposer trois mois à Pontourny.

En revient très améliorée, ayant gagné 3 kgr. 500 (poids : 56 kgr. 700). Les bruits adventices ont disparu du côté gauche.

La malade est autorisée à reprendre son travail.

En **1932** : Suivie régulièrement au dispensaire.

L'aspect général est toujours médiocre. Cependant le poids reste stationnaire aux alentours de 53 kilos. L'examen clinique montre toujours une certaine rudesse respiratoire du sommet gauche sans bruits surajoutés.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 20 avril 1932.

Montre l'existence d'une légère grisaille du sommet gauche avec des petits tractus à point de départ hilaire s'épanouissant dans le 1/3 supérieur du poumon (petites lésions ne paraissant pas évolutives).

3^e EXAMEN DE CRACHATS : 19 avril 1932.

Pas de bacilles de Koch à l'examen direct et après homogénéisation.

Envoyée pour un mois à la campagne (août 1932).

En 1933 : Rien de particulier à signaler.

Poids stationnaire, mais aspect général toujours médiocre.

En 1934 : Rentre le 10 novembre 1934 à l'Hôpital Beaujon pour une pleurésie séro-fibrineuse gauche. Une ponction aurait retiré du liquide. Reste hospitalisée six semaines. Part ensuite à la campagne (pour 4 mois).

En 1935 : Vue au dispensaire le 6 mai à son retour de la campagne. Aspect général satisfaisant. Poids 61 kgr. 200.

Ne tousse pas, ne crache pas. Bon appétit.

L'examen clinique ne montre que peu de séquelles de la pleurésie de 1934. Il persiste seulement une rudesse respiratoire du sommet gauche, et une diminution du murmure vésiculaire à la base, avec une légère submatité à la percussion à ce niveau.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE :

Sommet gauche grisâtre. Cul-de-sac pleural gauche grisâtre.

Hémi-diaphragme gauche festonné.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 7 mai 1935.

Montre persistance de grisaille du sommet. Les tractus précédemment signalés seraient assez épaissis, mais l'ensemble du champ pulmonaire est clair. Le cul-de-sac pleural gauche est opaque et l'hémi-diaphragme gauche est festonné.

Côté droit : normal.

4^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 8 mai 1935.

Crachats salivaires.

Pas de BK à l'examen direct et après homogénéisation.

détachent des tractus qui s'épanouissent dans le tiers inférieur du poumon. Quelques ombres d'aspect crétaqué au niveau des hiles.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 9 août 1923 : fortement positive.

Envoyé dans un préventorium durant 6 mois.

En 1924 : Revient très amélioré (12 avril).

A gagné du poids : 24 kilos, meilleur appétit, se sent moins fatigué mais tousse encore de temps à autre.

Examen clinique montre la persistance des ganglions cervicaux, par contre les ganglions axillaires et inguinaux ont disparu.

A l'auscultation des poumons, il n'y a plus de râles humides, mais on note toujours une certaine rudesse inspiratoire du sommet droit.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 13 avril 1924.

Les ombres hilaires ont diminué de volume, surtout à gauche.

2^e CUTIRÉACTION : Le 12 avril 1924 : faiblement positive.

En 1925 : Suivi régulièrement au dispensaire.

Bon état général ; a fait quelques épisodes pulmonaires aigus considérés comme bronchites, mais sans fièvre.

Tousse toujours.

Examen du rhino-pharynx : montre la présence de végétations adénoïdes pour lesquelles l'enfant est opéré à l'Hôpital Trousseau en mai 1925.

Examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire montre toujours une inspiration rude au sommet droit.

Envoyé en colonie de vacances pour 3 mois.

En 1926-1927 : Pas vu.

En 1928 : Revient consulter en juillet pour être envoyé en colonie de vacances.

— Aspect général toujours chétif.

— Poids : 29 kgr. 800.

— Toujours très nerveux.

— Tousse de temps à autre.

— Mêmes résultats fournis par l'auscultation.

— Les ganglions cervicaux ont disparu.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 juillet 1928.

Confirme résultats des radios précédentes : ombres hilaires toujours développées, surtout à droite.

Rentre en apprentissage en 1928 (garçon livreur).

N'a plus été vu au dispensaire. D'après les renseignements recueillis en octobre 1935 se porterait bien.

4^o) KRI... LUCIE.

Née le 25 novembre 1920 à Paris.

Née à terme, pesant 2 kgr. 600. Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 9 mars 1923.

Visite de prophylaxie car en contact avec mère bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : coqueluche à 4 mois 1/2.

SIGNES FONCTIONNELS : aucun.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Bon état général.

Pas d'amaigrissement.

Se développe bien.

Température : 36° 9.

EXAMEN CLINIQUE :

Aspect normal. Poids 11 kgr. 200.

Faciès coloré.

On trouve à la palpation quelques petits ganglions cervicaux bilatéraux.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : normal.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 9 mars 1923.

Transparence normale des champs pulmonaires.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 10 mars 1923 : négative.

Etant donné la notion de contag, on conseille à la mère de placer l'enfant à l'Office des Tout-Petits mais celle-ci se refuse à se séparer de sa fille.

En 1924 : N'a pas été vue au dispensaire.

En 1925 : Revient consulter, car elle se développe médiocrement.

Aspect chétif. Mange peu (poids 13 kgr. 200).

Tousse de temps à autre.

L'examen clinique montre toujours la présence de ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux.

Par contre l'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre rien d'anormal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 6 avril 1925.

Transparence normale des champs pulmonaires. Mais les ombres hilaires sont anormalement développées, particulièrement du côté droit, où elles sont épaisses, mal délimitées, avec des masses plus opaques qui semblent correspondre à des ganglions.

Envoyée à la campagne pour 3 mois.

En 1926 : Etat général toujours médiocre, poids : 15 kgr. 250.

Tousse toujours.

Persistance des ganglions.

Envoyée consulter à un service d'Oto-Rhino-Laryngologie, car l'état pulmonaire semble satisfaisant à l'examen clinique.

— D'après les résultats de cet examen il existerait une hypertrophie des amygdales, avec des végétations adénoïdes, mais le spécialiste déconseille l'intervention.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 16 mai 1926.

Transparence normale des 2 champs pulmonaires. Les sommets s'éclairent bien à la toux. Le diaphragme a un jeu normal. Les ombres hilaires sont plus développées que normalement.

2^e CUTIRÉACTION : Le 17 mai 1926 : fortement positive.

On envoie l'enfant 4 mois à la campagne en Seine-et-Oise.

En 1927 : Suivie régulièrement au dispensaire.

Meilleur état général (poids : 16 kgr. 800), mais faciès toujours pâle, et persistance des ganglions.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 20 juin 1927.

Décèle l'existence d'ombres radiées, à point de départ hilaire, aux deux sommets, particulièrement du côté droit. Ces ombres sont assez touffues, d'aspect arborescent.

3^e CUTIRÉACTION : Le 19 juin 1927.

Envoyée en colonie de vacances (août et septembre).

En 1928, 1929 : Pas vue au dispensaire.

En **1930** : Revient consulter, car touse depuis deux mois (mars) et se sent fatiguée.

Aspect toujours malingre (poids : 21 kgr. 300).

L'examen montre la présence de quelques ganglions cervicaux, alors que les ganglions axillaires et inguinaux ont disparu.

Mais l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre toujours rien d'anormal.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 22 mars 1930.

Confirme résultats des précédentes radiographies. Persistance des ombres radiées. Présence au niveau des 2 hiles d'ombres arrondies (d'origine vraisemblablement crétacée).

4^e CUTIRÉACTION : Le 21 mars 1930 : fortement positive.

En **1931** : Opérée des végétations adénoïdes et d'amygdalectomie (Hôpital des Enfants-Malades, février 1931).

Vient consulter au dispensaire à la suite de cette intervention. Enfant d'aspect médiocre (poids 23 kgr. 300) fatiguée, mange peu.

On ne trouve plus de ganglions cervicaux à la palpation.

Rien d'anormal à l'auscultation.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 2 mars 1931.

Aspect identique au précédent. Les ombres radiées seraient moins marquées à gauche.

5^e CUTIRÉACTION : 1^{er} mars 1931 : fortement positive.

Envoyée à la campagne (Taverny, Seine-et-Oise) pour 2 mois (mars et avril).

En **1932** : Vient consulter pour être envoyée en colonie de vacances.

Assez bon état général (poids : 26 kgr. 700) mais faciès toujours pâle.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : toujours rien d'anormal.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 juillet 1932.

Ombres radiées précédemment signalées en nette régression, mais ombres hilaires toujours élargies, avec quelques taches d'aspect crétacé.

Envoyée en colonie de vacances (août et septembre).

En **1933, 1934** : Pas vue au dispensaire.

En 1935 : Vient consulter pour savoir si elle peut entrer en apprentissage (ouvrière couturière).

Assez bon état général (poids 41 kgr. 700).

Mais tousse fréquemment.

Rien d'anormal à l'examen clinique.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 10 juin 1935.

Aspect sensiblement normal ; les ombres radiées ont disparu, mais les ombres hilaires persistent, particulièrement du côté droit.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 9 juin 1935.

Crachats salivaires.

Pas de bacilles de Koch après examen direct et homogénéisation.

Recherche de bacilles dans les selles : négative.

On autorise l'apprentissage.

5^o) KRI... SIMONE.

Née le 1^{er} décembre 1922 à Paris.

Née à terme, pesant 3 kilos, nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 9 septembre 1923.

Visite de prophylaxie car nourrie au sein par mère bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : Rien à signaler.

SIGNES FONCTIONNELS : Rien d'anormal (ne tousse pas).

SIGNES GÉNÉRAUX : Bon état général.

Se développe normalement.

Température 36°8.

EXAMEN CLINIQUE : Poids 7 kgr. 330.

Ne montre rien d'anormal.

Cependant, étant donné la notion de contagion, on sépare l'enfant de sa mère, et on l'envoie en pension à l'Ecole de Puériculture.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 20 septembre 1924 : négative.

Suivie régulièrement à l'Ecole de Puériculture de septembre 1924 à janvier 1925.

En décembre 1924 à la suite d'un refroidissement, fait un épisode pulmonaire aigu avec fièvre (39°5).

SIGNES FONCTIONNELS : toux fréquente à caractère bitonal par moments.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Amaigrissement : perd 2 kilos en quelques jours (de 8 kgr. 500 à 6 kgr. 900).

Anorexie.

Température varie entre 38° et 39°.

SIGNES CLINIQUES :

Percussion : Submatité de l'espace interscapulo-vertébral gauche.

Auscultation : râles humides de type bronchique disséminés dans les deux poumons, avec un foyer de râles sous-crépitaux au sommet gauche.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 13 décembre 1924.

Pommelures bilatérales disséminées dans les 2/3 supérieurs des deux poumons, mais plus marquées à droite.

2^e CUTIRÉACTION : Le 12 décembre 1924 : fortement positive.

Cet épisode pulmonaire fébrile s'atténue en une quinzaine de jours.

La toux disparaît, la température revient à la normale.

Le poids remonte à 8 kgr. 200.

L'examen clinique montre la disparition des râles humides et du foyer de sous-crépitaux perçus au sommet gauche.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 27 décembre 1924.

Montre la disparition des pommelures précédemment signalées.

Il persiste simplement une diminution de la transparence normale des deux champs pulmonaires avec quelques taches opaques au sommet gauche et un élargissement considérable des ombres hilaires, particulièrement du côté gauche, où elles sont étalées et mal délimitées.

3^e CUTIRÉACTION : le 26 décembre 1924 : Fortement positive.

A la suite de cet incident, on envoie la malade à la campagne (Office de Placement des Tout-Petits) durant 6 mois.

En 1925 : Revient considérablement améliorée : a pris 3 kilos (poids 10 kgr. 500). Aucun signe fonctionnel. Bon appétit.

Rejoint le foyer familial en mai 1925.

En juin 1925 : Fait une otite catarrhale simple.

A la suite de cette otite : altération de l'état général, n'augmente plus de poids.

Mauvais appétit. Crises de diarrhée alternant avec constipation.

Vomissements alimentaires fréquents.

Recommence à tousser.

L'examen clinique montre :

— L'existence de ganglions cervicaux et axillaires bilatéraux.

— A la percussion : Une submatité aux 2 bases pulmonaires.

— A l'auscultation : Une abolition du murmure vésiculaire aux deux bases avec une inspiration rude au sommet gauche.

A l'inspection de l'abdomen : celui-ci apparaît nettement météorisé ; hernie ombilicale, avec ombilic déplié. Le ventre dans son ensemble pointé en avant.

Percussion : Matité nette des deux flancs se déplaçant avec les diverses positions données à la malade.

Le foie est nettement augmenté de volume, dépassant d'un travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes. On perçoit ce rebord inférieur à la palpation : il est un peu sensible.

La rate est percutable sur deux travers de doigt.

Il s'agit nettement d'un épanchement péritonéal avec présence quasi certaine de liquide (encore que l'on n'ait point pratiqué de ponction).

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 22 juin 1925.

Montre des ombres hilaires très nettement élargies, assez opaques. Diminution de transparence des deux bases, sans épanchement liquidien visible.

On propose l'hospitalisation aux Enfants-Malades, mais la mère s'y refuse. Elle accepte un traitement par les rayons ultra-violet. Ce traitement est effectué en juillet 1925 (15 séances, à raison de 3 par semaine).

10 août 1925 : A la suite de ce traitement, grosse amélioration. Le poids est remonté à 11 kgr. 300. L'état général est très amélioré ; les signes fonctionnels (vomissements, diarrhée et toux) ont disparu.

A l'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire :

— Persistance de la submatité interscapulo-vertébrale gauche, mais les bases sont redevenues sonores à la percussion.

A l'auscultation : Respiration toujours rude au sommet gauche, mais le murmure vésiculaire est perçu nettement aux deux bases.

— Des ganglions : Les ganglions axillaires ont disparu ; les ganglions cervicaux persistent.

— De l'abdomen : Ventre plus souple, ayant diminué de 4 centimètres.

Submatité du côté droit, en position déclive.

Foie déborde toujours un peu les fausses côtes.

On envoie l'enfant pour trois mois à la campagne. En revient très améliorée (poids 13 kgr. 200). L'abdomen est redevenu normal, le foie déborde un peu les fausses côtes.

En **1926** : Revue au dispensaire, car la mère désirerait envoyer l'enfant en colonie de vacances.

Bon aspect général (poids 15 kgr. 200).

Aucun signe fonctionnel d'ordre pulmonaire ou digestif.

L'examen clinique montre la disparition complète de l'ascite précédemment signalée. Le ventre est souple et indolore. Les flancs sont sonores à la percussion ; seul le foie déborde légèrement le rebord inférieur des fausses côtes.

— Au point de vue de l'appareil pleuro-pulmonaire : on ne trouve rien d'autre qu'à l'auscultat on une respiration un peu rude au sommet gauche.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 19 juin 1926.

Transparence normale dans l'ensemble des deux champs pulmonaires.

Des ombres hilaires se détachent quelques tractus d'aspect radié s'épanouissant vers les deux sommets, particulièrement du côté gauche.

4^e CUTIRÉACTION : le 18 juin 1926 : Fortement positive.

Envoyée pour 3 mois à la campagne.

De **1927 à 1930** : N'est pas suivie au dispensaire.

En **1930** : Revient sur les conseils de l'Infirmière visiteuse.

Enfant d'aspect général assez bon (poids 21 kgr. 500), mais faciès un peu pâle.

Il persiste encore à l'examen clinique quelques petits ganglions

cervicaux, mais l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 mai 1930.

Confirme les résultats de la précédente radio. En plus des ombres radiées précédemment signalées, on note une légère réaction de la partie interne de la scissure interlobaire inférieure.

En 1931-1932 : Pas vue au dispensaire.

En 1933 : Vient consulter parce qu'elle tousse un peu et qu'elle a perdu 500 grammes en 1 mois (poids 28 kgr. 300).

Bon état général.

A l'auscultation : Quelques râles de bronchite à la base gauche.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 3 février 1933.

Rien d'anormal : ombres radiées persistent, mais la réaction de la scissure interlobaire gauche a disparu.

5^e CUTIRÉACTION : le 2 février 1933 : Fortement positive.

En 1934 : Pas vue.

En 1935 : Revient consulter en juillet pour être envoyée en colonie de vacances.

— Bon état général.

— Rien d'anormal à l'auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire.

7^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 12 juillet 1935.

Aspect identique à la précédente radio. Ombres hilaires étalées.

Envoyée en colonie de vacances.

VII. — FAMILLE TAS...

Père : LOUIS, né en 1882.

Réformé tuberculeux 100 % en 1917.

Est resté toujours en contact avec ses enfants, sauf année 1923-1924 où il a été envoyé en sanatorium.

Expectoration bacillifère jusqu'en 1930.

Mère : Née en 1880.

Pas vue au dispensaire.

Semble indemne de toute lésion tuberculeuse.

Quatre enfants :

1^{er} LOUIS : Né en 1909.

— En contact avec père depuis 1917.

— Adénopathie cervico-axillaire. Hiles épaissis. Episode pulmonaire aigu en 1927.

— Envoyé plusieurs fois à la campagne.

Caractère doux, très affable. Bon élève. S'occupe de ses sœurs, car mère travaille au dehors.

2^e JEANNE : Née en 1912.

— En contact avec père depuis 1917.

— Adénopathie cervico-axillaire. Ombres hilaires élargies.

— Envoyée en colonies de vacances.

Caractère égal. Bonne fréquentation scolaire. Aime jouer.

Voudrait être « mannequin » pour avoir de belles robes !

3^e SUZANNE : Née en 1915.

— En contact avec son père depuis 1917.

— Adénopathie cervicale et axillaire. Grosse réaction hilaires.

— Envoyée en préventorium.

Caractère plutôt inquiet ; très nerveuse. Assez bonne élève ; voudrait être institutrice.

4^e MADELEINE : Née en 1919.

— En contact avec son père depuis sa naissance.

— Ganglions cervicaux et axillaires. Cuti positive.

— Envoyée en colonies de vacances.

Caractère turbulent ; très « garçon ». N'aime que les jeux violents. Médiocre élève. Voudrait être danseuse.

Père : TAS... LOUIS, né en 1882.

Mère : TAS... ALEXANDRINE, née en 1880.

Enfants :

LOUIS, 1909.

JEANNE, 1912.

SUZANNE, 1915.

MADELEINE, 1919.

Mauvaises conditions sociales :

Un appartement de 3 pièces (3^e étage), mal aéré, mal éclairé.

Cinq personnes couchent dans une même chambre dans trois lits différents.

Enfants constamment en rapport avec leur père (réformé 100 % BK ++).

Père s'est toujours refusé au placement des enfants.

TAS... LOUIS.

Né le 17 juillet 1882.

Peintre en bâtiment.

1^{re} visite au dispensaire : le 12 janvier 1923.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- Banales maladies d'enfance (rougeole, coqueluche, varicelle).
- Aurait eu vers l'âge de 10 ans des ganglions cervicaux.
- S'est bien porté jusqu'à la guerre.
- S'est marié en 1908.
- Mobilisé en août 1914 : fait la guerre dans l'infanterie jusqu'en novembre 1915, où il est évacué du front pour une « congestion pulmonaire ».
- Reste 6 mois dans un hôpital militaire de Villeneuve-sur-Lot et il est réformé à 100 % (présence de bacilles de Koch dans les crachats) en 1917.

- Reprend son travail en février 1918 ; se porte bien jusqu'en décembre 1922. Fait à la suite d'un refroidissement un épisode pulmonaire aigu que le médecin consulté étiquette « congestion pulmonaire gauche », qui le force à interrompre son travail, à garder le lit vingt jours, et il se décide à venir consulter au dispensaire le 12 janvier 1923.

SIGNES FONCTIONNELS :

- Toux : grasse le matin.
— Expectoration : légère, le matin.
— Pas de douleurs thoraciques, pas de dyspnée.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Assez bon état général.
Très léger amaigrissement (1 kilo en 3 mois).
Température : 37°2.
Bonnes digestions.

EXAMEN CLINIQUE :

- Habitus bon. Faciès coloré.
Taille : 1 m. 65. Poids : 67 kgr. 400.

APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE :

- Inspection :
Atrophie très marquée du muscle grand pectoral gauche.
Dépression des creux sus-claviculaires et sus-épineux.
Percussion : Submatité du sommet gauche.
Palpation : Vibrations exagérées au sommet gauche.
Auscultation : Râles sous-crépitaux humides au sommet gauche, éclat métallique de la toux et de la voix au sommet gauche.
Côté droit semble normal.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : le 14 janvier 1923.

- Montre un champ pulmonaire droit normal.
Ombre ovale très suspecte sous la clavicule gauche. Ombres hilaires très épaissies, d'où s'épanouissent de nombreux tractus dans le champ pulmonaire gauche.

1^{er} EXAMEN DES CRACHATS : Le 22 janvier 1923 à l'hôpital Boucicaut.

- Présence de bacilles de Koch dans les crachats.
Le malade est hospitalisé à l'hôpital Boucicaut. On discute l'utilité d'un pneumothorax, et finalement on l'envoie au sanato-

rium de M... où le malade reste du 6 mars 1923 au 28 avril 1924.

En 1924 : le malade sort sur sa demande du sanatorium, mais avec l'autorisation du médecin.

- Grosse amélioration de l'état général (poids : 75 kgr. 800).
- Mais à l'examen clinique, on retrouve les mêmes signes qu'au précédent examen (ils semblent même étendus en avant). De plus au sommet droit, on perçoit quelques craquements.

2^e RADIOGRAPHIE : Le 3 mai 1924.

Montre une extension nette des lésions. En effet :

Du côté gauche : Ombre ovalaire sous-claviculaire persiste (dimensions moyennes d'une pièce de 5 francs). Taches et marbrures disséminées dans toute l'étendue du champ pulmonaire.

Du côté droit : Taches et marbrures disséminées dans les 2/3 supérieurs du poumon. De la région hilaire partent de nombreuses bandes fibreuses s'épanouissant dans le 1/3 inférieur du champ pulmonaire. Pas d'image spéléomorphique.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 5 mai 1924.

Présence de bacilles de Koch dans l'expectoration, à l'examen direct.

On conseille au malade de se reposer, mais rentre dans sa famille, où il vit en contact direct avec sa femme et ses enfants.

Suivi régulièrement au dispensaire durant toute l'année 1924.

Le malade se porte bien, son poids oscille autour de 76 kilos ; les signes physiques persistent inchangés.

En 1925 : A la suite d'un refroidissement en avril 1925, léger fléchissement de l'état général (poids 72 kgr. 500). Du fait des mauvaises conditions familiales, on envoie le malade au sanatorium de Saint-Judard, où il reste du 25 juillet au 8 septembre 1925.

Il en sort sur sa demande. Bon état général, mais il n'a pas repris les kilos perdus. Il est toujours apyrétique, et plusieurs examens de crachats auraient été négatifs.

En 1926 : A la suite d'une angine survenue en avril, revient consulter au dispensaire :

- Se sent très fatigué.
- Tousse et crache beaucoup (poids 72 kgr. 700).
- L'auscultation ne montre pas de changements.

3^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 7 mai 1926.

Montre la présence de bacilles de Koch à l'examen direct.

Mis au repos complet, l'état général ne tarde pas à s'améliorer.

En 1927 :

Suivi régulièrement au dispensaire.

Rien de particulier à signaler.

Bon état général, poids se maintient aux alentours de 73 kilos.

Evolution apyrétique. Cependant :

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 6 juin 1927.

Montre une légère extension des lésions du côté droit. Taches et marbrures plus nombreuses dans les 2/3 supérieurs.

Côté gauche : Inchangé.

4^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 5 juin 1927.

Pas de bacilles à l'examen direct, mais après homogénéisation des crachats, on en découvre.

En 1928 : Pas venu au dispensaire.**En 1929 : Visite de surveillance en octobre.**

— Excellent état général. Poids 77 kgr. 500.

— Mais l'auscultation montre toujours les mêmes signes stéthocoustiques.

5^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 12 octobre 1929.

Pas de bacilles de Koch à l'examen direct et après homogénéisation.

En 1930 : Visite de surveillance en juin.

Excellent état général. Poids 80 kgr. 400.

A recommencé à travailler (travail du reste peu fatigant).

Examen clinique montre qu'à gauche les râles sont beaucoup moins humides qu'aux précédents examens, semblent beaucoup plus secs.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 23 juin 1930.

Montre que la transparence des deux champs pulmonaires est grise dans l'ensemble.

A droite : Les ombres hilaires sont très développées, et l'hémi-diaphragme est déformé.

A gauche : Le sommet est très opaque, on note la persistance de l'ombre sous-claviculaire, se rétrécissant à la toux ; grosse réaction hilaire ; le diaphragme gauche est très peu mobile.

6^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 22 juin 1930.

Négatif à l'examen direct.

Quelques rares bacilles après homogénéisation.

En 1931 : Continue à engraisser (81 kgr. 600).

Rien d'autre à signaler qu'une poussée d'eczéma sur les bras et les avant-bras en septembre. Traité par des séances d'auto-hémothérapie, cette poussée disparaît en 15 jours.

En 1932 : Poids monte à 85 kgr. 600.

Excellent état général, encore que le malade ait assuré un travail plus fatigant.

A l'auscultation : Il semble y avoir beaucoup moins de râles adventices du côté gauche.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 mai 1932.

Montre à gauche : Ombre sous-claviculaire persistante, n'a pas augmenté de volume. Grosse réaction juxta-hilaire.

A droite : Ombres hilaires toujours développées.

7^e EXAMEN DE CRACHATS : Négatif (11 mai 1932) tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation.

En 1933 : Est venu consulter en avril à la suite d'une bronchite, mais l'état général reste excellent (poids 87 kgr. 200).

A l'auscultation : Quelques râles du type congestif persistent encore aux 2 sommets.

8^e EXAMEN DE CRACHATS : 17 avril 1933.

Pas de bacilles de Koch à l'examen direct et après homogénéisation.

En 1934 : Vu à plusieurs reprises au dispensaire.

Aurait tendance à l'obésité (poids 88 kilos) à telle enseigne qu'on prescrit régime alimentaire avec dépuratifs.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 30 mars 1934.

Aucune modification des lésions, cliché strictement identique au précédent.

9^e et 10^e EXAMENS DE CRACHATS (29 mars et 15 juin).

Tous deux négatifs (examen direct et homogénéisation).

Une culture faite à l'Hôpital Saint-Antoine est restée négative (8 tubes).

En 1935 : Du fait du régime prescrit, malade a un peu maigri (85 kgr. 700) mais l'état général reste excellent.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 14 juin 1935.

Ne montre pas de modifications appréciables. Persistance de l'ombre ovale gauche.

11^e EXAMEN DE CRACHATS : 13 juin 1935.

Pas de bacilles de Koch (examen direct et homogénéisation).

EN RÉSUMÉ : Tuberculose pulmonaire bilatérale, de forme fibreuse, avec lésions prédominantes cortico-pleurales du 1/3 supérieur du poumon gauche (existence d'une spéléonque).
Bacilloscopie négative depuis 1930.

TAS... ALEXANDRINE. — Mère.

Née en juin 1880.

N'a jamais été vue au dispensaire.

Renseignements recueillis par Assistante sociale :

Semble absolument indemne de toute lésion tuberculeuse (encore qu'elle n'ait cessé de cohabiter avec son mari, partageant son lit, sauf naturellement durant ses hospitalisations).

S'est mariée en 1908.

A eu 4 enfants.

N'a jamais fait de fausse couche.

Excellent état général.

1^o) TAS... LOUIS.

Né le 2 février 1909 à Paris.

Né à terme, poids 1 kgr. 200.

Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 14 janvier 1922.

Visite de prophylaxie (en contact avec père tuberculeux bacillifère).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à 13 mois.
Coqueluche à 2 ans.
Bronchites fréquentes dans l'enfance.

SIGNES FONCTIONNELS :

Ne tousse pas, ne crache pas.
Un peu de dyspnée d'effort.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Etat général médiocre.
Température : 36°9.
Enfant très nerveux.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 45. Poids 31 kgr. 500.
Faciès pâle. Enfant paraît fatigué.
Nombreux petits ganglions cervicaux et axillaires.

Appareil pleuro-pulmonaire :

Quelques rûchus au sommet droit.
Respiration rude dans tout le poumon droit.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 15 janvier 1922.

Transparence normale des 2 champs pulmonaires, mais les ombres hilaires sont très étalées, presque triplées de volume, en particulier du côté droit.

On conseille de faire prendre à l'enfant de l'huile de foie de morue, et surtout de la faire suivre régulièrement au dispensaire.

En 1923 : Revient consulter le 14 avril.

Semble s'être développé normalement (taille 1 m. 52, poids 39 kgr. 500), mais :

Les ganglions cervicaux et axillaires persistent des 2 côtés (peut-être un peu diminués de volume).

L'auscultation montre toujours des bruits adventices au sommet droit : bruits secs, presque crépitants. A telle enseigne qu'on se demande s'il ne s'agit pas de cortico-pleurite.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 17 avril 1923.

Ne montre rien d'anormal aux 2 sommets, qui semblent de clarté normale, mais les ombres hilaires sont toujours étalées, très épaissies, assez homogène.

Du fait des mauvaises conditions familiales, on envoie l'enfant en juillet 1923 à ? mais il revient en septembre parce qu'il « s'y ennuyait ».

En 1924 : Revu en juillet au dispensaire :

Poids : 46 kgr. 600, mais aspect général médiocre, faciès pâle, ganglions cervicaux et axillaires persistent.

L'auscultation ne montre pas de changements : les adventices persistent toujours aux sommets, particulièrement au sommet droit.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 juillet 1924.

Rien de nouveau à noter : Les ombres ganglio-bronchiques sont toujours très marquées.

Envoyé à la campagne pour un mois.

En 1925-1926 : Pas vu au dispensaire.

En 1927 : A la suite d'un refroidissement vient consulter au dispensaire parce qu'il a eu de la fièvre (38°5) et parce qu'il tousse et crache.

Aspect général assez bon. Poids : 55 kgr. 800.

Les ganglions axillaires ont disparu, il ne persiste plus que quelques ganglions cervicaux.

A l'auscultation : Râles humides dans les 2 champs pulmonaires. On n'entend plus au sommet les adventices secs précédemment signalés.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 16 mars 1927.

Ombres hilaires toujours développées, avec quelques ombres ovalaires au niveau des 2 hiles (ganglions crétacés).

Grosse réaction juxta-hilaire droite. Rien de parenchymateux, semble-t-il.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 18 mai 1927.

Négatif (examen direct et homogénéisation).

Envoyé à la campagne pendant deux mois.

En 1928, 1929, 1930 : Pas vu au dispensaire.

Est rentré en apprentissage (tourneur).

En 1931 : Hospitalisé à Cochin du 3 mai au 15 mai pour appendicite aiguë.

En 1932 : Fait son service militaire (Infanterie) à Metz.

En 1935 : Dernières nouvelles : Bonne santé.

2^o) TAS... JEANNE.

Née le 21 février 1912 à Paris.

Née à terme (3 kilos). Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 18 janvier 1923.

Visite de prophylaxie (en contact avec père bacillifère).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Varicelle à 3 ans.

Ictère à 7 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : Néant.

Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Pas d'amaigrissement.

Un peu d'asthénie.

Température : 36°9.

Bon appétit.

Un peu nerveuse.

SIGNES PHYSIQUES :

Taille 1 m. 35. Poids 28 kgr. 200.

Habitus général médiocre, donne l'impression d'une fillette délicate.

Faciès pâle.

EXAMEN CLINIQUE :

Nombreux et assez gros ganglions cervicaux bilatéraux.

Ganglions axillaires surtout à gauche.

Petits ganglions inguinaux.

Mais l'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre rien d'anormal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 20 janvier 1923.

Transparence normale des champs pulmonaires.

Hile droit un peu épaissi.

On prescrit sirop iodotannique.

Envoyée en colonie de vacances de juillet à septembre.

En 1924 : Croissance régulière. Poids 33 kilos. Taille 1 m. 46.

Toutefois ganglions cervicaux persistent.

Ganglions inguinaux et axillaires ont disparu.

Rien d'anormal au point de vue pleuro-pulmonaire.

Envoyée deux mois en colonie de vacances.

En 1925 : Pas vue au dispensaire.

En 1926 : Vue au dispensaire en avril à la suite d'épisode pulmonaire aigu fébrile :

A un peu maigri (2 kilos perdus, poids 41 kilos).

Tousse, mais ne crache pas.

Examen montre disparition des ganglions cervicaux.

Quelques râles humides avec rûchus aux deux bases pulmonaires.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 23 avril 1926.

Le sommet gauche paraît légèrement moins transparent que le sommet droit. Les ombres hilaires sont assez étendues surtout du côté droit, avec des calcifications grosses comme de gros grains de plomb, conglomérés au niveau du pédicule pulmonaire. Une grosse calcification aberrante se voit en plein parenchyme du côté droit.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 24 avril 1926.

Crachats salivaires.

Pas de bacilles de Koch, à l'examen direct et après homogénéisation.

Envoyée à Orthez pour 2 mois.

Revient avec état général satisfaisant (Poids : 45 kilos).

En 1927 : Visite de surveillance (poids 47 kilos).

Rien d'anormal à l'examen clinique.

Va en colonie de vacances.

En 1928 : Rentre en apprentissage (couture).

Excellent état général (poids 49 kilos).

Depuis, n'a plus été vue au dispensaire.

Aux derniers renseignements recueillis par l'Assistante sociale (1935) serait en excellent état.

3^o) TAS... SUZANNA.

Née le 18 janvier 1915 à Paris.

Née à terme, pesant 1 kgr. 900.

Allaitement artificiel.

1^{re} visite dispensaire : Le 19 janvier 1923.

Visite de prophylaxie (en contact avec père bacillifère). »

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Varicelle à 6 mois.

Rougeole à 5 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : Néant.

Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX : Pas d'amaigrissement.

Bon état général.

Bon appétit.

Température : 37°.

EXAMEN CLINIQUE : Taille 1 m. 16. Poids 20 kilos.

Bon habitus général.

Faciès peu coloré.

Examen clinique montre la présence de nombreux et assez gros ganglions cervicaux bilatéraux.

Quelques ganglions axillaires.

Auscultation : Gros souffle interscapulo-vertébral droit.

Retentissement de la voix et de la toux.

Rudesse respiratoire au sommet gauche.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 23 janvier 1923.

Montre un développement considérable des ombres hilaires, particulièrement du côté droit, où elles sont étalées, épaissies, très opaques. Du hile pulmonaire droit partent des tractus s'épanouissant dans tout le champ pulmonaire droit. Nombreuses calcifications au niveau des 2 hiles.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 20 janvier 1923 : Négative.

Envoyée en préventorium durant 3 mois.

Revient très améliorée (a gagné 4 kilos : poids 24 kilos).

Rejoint sa famille, reste en contact avec son père.

En 1924 : Suivie régulièrement au dispensaire.

A perdu 2 kilos, ne se développe que lentement.

Envoyée en colonie de vacances.

En **1925** : Revient consulter parce qu'elle tousse et qu'elle a maigri (poids 23 kilos).

Aspect médiocre. Amaigrissement apparent.

A l'examen : il persiste quelques ganglions cervicaux.

Auscultation : montre des rûnchus au sommet gauche ; souffle à droite a disparu mais la respiration reste rude.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 17 juin 1925.

Montre que dans l'ensemble les ombres hilaires ont diminué de volume, surtout du côté gauche. Mais tractus fibreux persistent toujours, surtout du côté droit.

2^e CUTIRÉACTION : Le 16 juin 1925 : Fortement positive.

Envoyée à la campagne pour 3 mois.

Rejoint le foyer familial.

En **1926** : Légère amélioration de l'état général (poids : 27 kilos).

Plus de signes perçus à l'examen clinique.

Envoyée en colonie de vacances.

En **1927** : Pas vue au dispensaire.

En **1928** : Visite de surveillance.

Bon état général. Poids : 29 kilos.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 14 mai 1928.

Ombres hilaires encore étalées, épaissies, avec nombreuses calcifications. Tractus fibreux auraient tendance à s'effacer.

3^e CUTIRÉACTION : Le 12 mai 1928 : Toujours très positive.

Va en colonie de vacances.

En **1929, 1930, 1931** : Suivie régulièrement au dispensaire.

Depuis n'est plus revenue consulter. Travaille depuis octobre 1932 comme sténo-dactylo.

Derniers renseignements (1935) : se porte bien.

4^o) TAS... MADELEINE.

Née le 7 décembre 1919 à Paris.

Née à terme, pesant 3 kilos.

Allaitement artificiel.

1^{re} visite au dispensaire : Le 18 janvier 1923.

Visite de prophylaxie (en contact avec père bacillifère).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

— Varicelle en 1921 (aurait fait quelques crises convulsives au cours de sa convalescence).

SIGNES FONCTIONNELS : Néant, ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Assez bon état général.

Pas d'amaigrissement.

Bon appétit.

Température : 36°8.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille 0 m. 95. Poids 15 kgr. 100.

Faciès coloré.

Nombreux ganglions cervicaux et axillaires bilatéraux.

A l'auscultation : Respiration rude au sommet droit, éclat désagréable de la toux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 20 janvier 1923.

Ne montre rien d'anormal.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 21 janvier 1923 : Négative.

On prescrit sirop iodotannique.

En 1924 : Suivie régulièrement au dispensaire.

— En janvier : Fait une angine rouge banale.

— A l'examen : Quelques râles humides du type bronchite aux deux bases, mais très rapidement ces râles disparaissent.

Développement normal (poids 18 kilos).

Les ganglions cervicaux et axillaires persistent toujours.

2^e CUTIRÉACTION : Le 23 avril 1924 : Négative.

Envoyée en colonie de vacances pendant 2 mois.

En 1925 : Suivie régulièrement.

Se développe lentement (taille 0 m. 98. Poids 19 kgr. 500).

Etat général médiocre.

Persistance des ganglions cervico-axillaires, mais :

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 12 juin 1925 : Transparence normale des champs pulmonaires.

3^e CUTIRÉACTION : Le 11 juin 1925 : Négative.

Envoyée en colonie de vacances durant 3 mois.

En 1926 : Pas vue au dispensaire.

En 1927 : Aspect général toujours médiocre.

Poids : 22 kgr. 800. Taille 1 m. 28.

Mange peu.

Examen clinique montre toujours l'existence de quelques ganglions cervicaux bilatéraux. Ganglions axillaires ont disparu.

4^e CUTIRÉACTION : Le 22 juin 1925 : Négative.

En 1928 : Légère amélioration de l'état général, meilleur appétit poids 25 kgr. 700.

Persistance des ganglions cervicaux.

Rien à noter au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.

5^e CUTIRÉACTION : Le 17 mai 1928 : Fortement positive.

Envoyée en colonie de vacances pour 3 mois.

En 1929 : Pas vue au dispensaire.

En 1930, 1931, 1932 : Suivie régulièrement au dispensaire.

Enfant se développe normalement, mais grande et maigre.

Ganglions cervicaux ont disparu, mais l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre rien d'anormal.

La cuti reste toujours très positive.

Va régulièrement en colonie de vacances (Montauban).

En 1933 : Fait en avril une bronchite qui l'oblige à garder le lit 15 jours.

Poids : 42 kilos. Taille 1 m. 44.

Enfant grande et maigre, mais relativement bon état général.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 14 avril 1933.

Montre des hiles étalés, un peu arborescents.

Tractus cléido-hilaires droits un peu exagérés ; une ombre d'aspect calcifié en plein parenchyme à la base droite.

En 1934 : A maigri un peu durant les premiers mois de l'année (50 à 48 kilos).

Aspect général médiocre.

Est rentrée en apprentissage (couture).

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : Ne montre rien d'anormal.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 avril 1934.

Donne mêmes résultats que radio précédente.

En 1935 : Pas vue au dispensaire.

Mais d'après les renseignements recueillis, serait en bonne santé.

VIII. — FAMILLE RAG...

Père : Né en 1877.

- Réformé en juillet 1921 pour tuberculose pulmonaire bilatérale.
- Expectoration bacillifère.
- Décédé en 1921 (atteinte méningée terminale).

Mère : Née en 1886.

- Aurait fait pleurésie gauche en 1912.
- Emphysémateuse.
- S'est remariée en 1923 avec :
CAR... SAVINIEN.
- Tuberculeux pulmonaire bilatéral (bacillifère).
- Décédé en 1929.

Cinq enfants du premier lit :

1^{er} DENISE : Née en 1912.

- En contact de 1919 à 1921 avec son père, puis de 1923 à 1929 avec son beau-père, tous deux bacillifères.
 - Micropolyadénopathie. Hiles épaissies.
 - Envoyée à Orthez à plusieurs reprises.
- Caractère très affectif. Très douce, mais renfermée. Assez bonne élève. S'occupe de sa sœur et de ses frères. Aurait été très peinée du remariage de sa mère. Est entrée en apprentissage à 12 ans.

2^e HENRIETTE : Née en 1916.

- En contact de 1919 à 1921 avec son père, puis avec son beau-père (1925-1929).
 - Infiltration pulmonaire bilatérale à radio. Mauvais état général (1923). Envoyée en sanatorium puis en colonies de vacances. Grosse amélioration.
- Enfant très nerveuse, très affectueuse. A été aussi très affectée par la mort de son père, dont elle était l'enfant préférée. Heurts moraux avec le beau-père.

3^e HENRI : Né en 1917.

- En contact avec son père de 1919 à 1921, puis avec son beau-père de 1925 à 1929.
 - Micropolyadénopathie (surtout cervicale). Hiles développés. Cuti positive.
 - Envoyé plusieurs fois en colonies de vacances.
- Caractère batailleur. Très vif, très sportif. Médiocre élève.
Veut devenir mécanicien d'aviation.

4^e JEAN : Né en 1919.

- En contact avec son père jusqu'en 1921, puis avec beau-père de 1925 à 1929.
- Micropolyadénopathie. Ombres hilaires élargies, cuti-très positive.
 - Envoyé en placement familial et en colonies de vacances.
- Pas de renseignements sur son caractère. Assez semblable à celui de son frère Henri, mais moins joueur, plus travailleur.

5^e LAURENT : Né en 1922.

- N'a pas été en contact avec son père, mais avec son beau-père de 1925 à 1929.
 - Infiltration du poumon droit à radio (1930).
 - Envoyé en sanatorium (1931-1932). Très amélioré.
- Enfant très doux, très sociable. Très affecté par la mort de son beau-père qui le préférait aux autres enfants. Bon élève ; voudrait être « savant ».

Père : PHILIPPE. Né en 1877.

Décédé de Tuberculose pulmonaire le 30 novembre 1921.

Mère : LOUISE. Née en 1886.

S'est remariée en 1923 avec :

CAR... SAVINIEN. Né en 1900.

Décédé de Tuberculose pulmonaire le 25 mars 1929.

Cinq enfants :

1^{er} DENISE : Née le 22 mars 1912.

2^e HENRIETTE : Née le 7 juillet 1916.

3^e HENRI : Né le 18 décembre 1917.

4^e JEAN : Né le 25 novembre 1919.

5^e LAURENT : Né le 19 janvier 1922.

Conditions sociales :

1^{er} logement : 167, rue de Javel.

- Logement de 3 pièces (5^e étage) pour 7 personnes.
- Mal éclairé, mal aéré, mal chauffé.
- Gain : 900 fr. par mois pour faire vivre 7 personnes.

2^e logement (après le 2^e mariage) : 15 rue des Quatre-Frères-Peignot.

- 4 pièces, logement 3^e étage maison ouvrière.
- Assez bien éclairé et aéré.
- Logement proprement tenu.

RAG... PHILIPPE. — Père.

- Né le 9 septembre 1877 à Périgueux.
- Coiffeur.

1^{re} visite au Dispensaire : 5 septembre 1921.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

- Père décédé laryngite tuberculeuse (?) à 45 ans.
- Mère décédée de tuberculose pulmonaire à l'âge de 33 ans.
- Un frère décédé de tuberculose pulmonaire à 15 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- S'est bien porté jusqu'en 1914 ; il a été mobilisé dans l'Infanterie. Il a fait toute la guerre au front sans être blessé.
- En octobre 1918 : atteint de grippe espagnole, doit être évacué.
- Ne s'est jamais remis de cette grippe.
- Réformé en juillet 1921 pour tuberculose pulmonaire ouverte à 100 %:

SIGNES FONCTIONNELS :

- Tousse, surtout le matin ; toux quinteuse, grasse.
- Crache : crachats muco-purulents, épais, verdâtres, avec de temps à autre quelques filets de sang dans les crachats.
- Dyspnée d'effort.
- Quelques douleurs thoraciques à la base gauche.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Gros amaigrissement (3 kilos en 1 an).
- Asthénie marquée.
- Anorexie.
- Troubles intestinaux (diarrhée) depuis une quinzaine de jours.
- Température : 38°2.

EXAMEN CLINIQUE :

- Mauvais aspect général (Taille : 1 m. 55. Poids : 44 kgr. 600).
- Faciès pâle, aux pommettes saillantes et colorées.

Appareil pleuro-pulmonaire :

Inspection : Thorax étroit avec côtes saillantes. Dépression marquée des fosses sus-épineuses, sous-épineuses et sus-cavilculaires. Saillie des scalènes et des sternos.

Palpation : Exagération des vibrations vocales aux 2 sommets.

Percussion : Matité des 2 sommets.

Auscultation : Râles crépitants et sous-crépitanes disséminés, dans les deux champs pulmonaires. Au sommet droit : foyer de râles bulleux avec gros souffle de type caverneux. Eclat métallique de la voix et de la toux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 septembre 1921.

Infiltration des deux champs pulmonaires, infiltration constituée par des taches et des marbrures. Grosse image spéléomorphique sous-claviculaire droite. Trois petites cavernes au sommet gauche.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : 5 septembre 1921.

Expectoration fourmille de Bacilles de Koch à l'examen direct. On conseille au malade de se faire hospitaliser à l'Hôpital Boucicaut.

— Il y entre le 7 septembre 1921.

— Décédé le 30 novembre 1921 à la suite d'une atteinte méningée terminale.

DIAGNOSTIC : Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive bilatérale avec prédominance au sommet droit.

RAG... LOUISE. — Mère.

— Née le 27 septembre 1886 à Cresti (Nièvre).

— Ménagère.

1^{re} visite au Dispensaire : Le 27 juillet 1920.

— Visite de prophylaxie, car en contact avec son mari tuberculeux bacillifère depuis 1918.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : Pupille de l'Assistance publique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

— Banales maladies d'enfance.

— Pleurésie gauche en 1912.

— Bronchites fréquentes.

— Réglée à 13 ans. Bien réglée.

— Mariée en 1910 avec RAG PHILIPPE.

— 4 grossesses, terminées par accouchements à terme (1912-1916-1917-1919), deux filles, deux garçons.

SIGNES FONCTIONNELS :

— Ne tousse, ni ne crache.

— Un peu de dyspnée d'effort.

SIGNES GÉNÉRAUX :

— Bon aspect général, n'a pas maigri.

— Bon appétit.

— Température : 36°8.

EXAMEN CLINIQUE :

— Taille : 1 m. 43. Poids : 49 kgr. 500.

— Rien d'autre à noter au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire qu'une diminution du murmure vésiculaire à la base gauche. (Reliquat de pleurésie ?).

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 29 juillet 1920.

— Diminution de la clarté pulmonaire des deux sommets, plus marquée à gauche. Les deux champs pulmonaires sont du reste assez peu transparents. Ganglions manifestes. Les deux diaphragmes s'abaissent d'une façon convenable.

On conseille à la malade de prendre des précautions d'hygiène, et on lui demande de se faire suivre régulièrement au Dispensaire.

En 1921 :

- Vient consulter, car est enceinte (5 mois).
- Bon aspect général. Poids : 53 kgr. 200.
- Même auscultation.
- Perd son mari en décembre 1931.
- Accouche à terme d'un garçon (5^e enfant) en janvier 1922.
- Suites de couches normales.

En 1923 : S'est remariée en février 1923 avec CAR... Savinien.

- Vient consulter en avril parce qu'à la suite d'un refroidissement toussé, crache, et se sent fatiguée.
- Bon état général (Poids : 53 kgr. 400).
- A l'auscultation : pas de bruits adventices, murmure vésiculaire toujours très diminué à la base gauche.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 6 avril 1923.

Des deux côtés, emphysème accentué sans condensations parenchymateuses visibles.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 5 avril 1923.

Pas de bacilles de Koch, à l'examen direct, et après homogénéisation.

En 1924-1925 : Pas vue au Dispensaire.

En 1926 : Hospitalisée en février à l'Hôpital Boucicaut (service du Dr Trémolières) pour crise de rhumatisme articulaire aigu. Sort le 10 mars (pas de localisation cardiaque).

En 1927 : Vient consulter parce qu'elle toussé et qu'elle a maigri de 2 kilos en 3 semaines.

- Aspect général assez bon (poids 51 kgr. 900).
- A l'examen : Submatité du sommet droit. Pas de bruits adventices. Murmure vésiculaire diminué à gauche.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 7 mai 1927.

Aspect normal dans l'ensemble. Signaler simplement quelques travées d'aspect scléreux au sommet droit. Hémidiaphragme gauche festonné.

En 1928 : Pas vue au dispensaire.

En 1929 : Perd son second mari de tuberculose pulmonaire.

- Visite de prophylaxie (avril 1929).

- Bon aspect général. Poids 56 kgr. 700.
- Rien d'anormal à l'examen clinique,

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 12 avril 1929.

- Aspect identique au précédent (les travées signalées au sommet droit se seraient légèrement épaissies).
- N'a plus été revue au Dispensaire, mais aux dernières nouvelles recueillies par l'Assistante sociale, serait en bonne santé.

1^o) CAR... SAVINIEN.

- Né le 3 février 1900 à Plomme (Aisne).
- Manceuvre (2^e mari M^{me} RAG... qu'il épouse en 1923).

1^{re} visite au Dispensaire : Le 2 mars 1928.

Vient parce qu'il tousse, qu'il crache et qu'il a maigri.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : Pupille de l'Assistance publique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : Banales maladies d'enfance.

S'est toujours bien porté ; aurait toutefois été versé dans le service auxiliaire après un an de service, pour « faiblesse générale ».

SIGNES FONCTIONNELS :

- Tousse, depuis une quinzaine de jours, toux sèche, surtout nocturne.
- Crache un peu. Crachats mousseux.
- Quelques douleurs thoraciques du côté droit.
- Dyspnée marquée.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Asthénie : Depuis un mois (a dû cesser son travail).
- Anorexie.
- Amaigrissement : 3 kilos en 1 mois.
- Température : 38°6.

EXAMEN CLINIQUE :

- Aspect général médiocre (Taille 1 m. 77. Poids 57 kgr. 350).
- Faciès très pâle.

Appareil pleuro-pulmonaire :

Inspection : Saillie des fosses sus-claviculaires, sus-épineuses et sous-épineuses.

Palpation : Abolition des vibrations vocales au sommet gauche, exagération au sommet droit.

Percussion : matité du sommet droit.

Auscultation : Gros souffle au sommet droit avec nombreux râles bulleux. Râles humides aux deux bases.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 6 mars 1928.

A droite : Grosse obscurité avec infiltration étendue, constituée par des ombres irrégulières, sans image spéléomorphique nettement visible. Rétraction marquée du champ.

A gauche : Pas d'altérations importantes du champ pulmonaire, mais hile gros et empâté, avec quelques tractus à point de départ hilare, s'épanouissant dans le 1/3 inférieur du poumon gauche.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 5 mars 1928.

Nombreux bacilles de Koch à l'examen direct.

On conseille au malade de se faire hospitaliser. Il s'y refuse.

2^e visite : Le 20 décembre 1928.

— Revient consulter, car très mauvais état général.

— A perdu 9 kilos depuis le mois de mars (Poids : 49 kgr. 200).

— Température : 39°3.

— Ne quitte pas son lit depuis 2 mois.

— Troubles intestinaux (diarrhée).

— Tousse et crache abondamment.

EXAMEN CLINIQUE :

— Aspect subcachectique.

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire décèle de nombreux râles bulleux disséminés dans les deux poumons, avec signes spéléomorphiques au sommet droit.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 21 décembre 1928.

— Infiltration étendue des 2 champs pulmonaires, infiltration constituée par des tâches et des marbrures, avec grosse cavité sous-claviculaire droite.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : 20 décembre 1928.

Expectoration fourmille de bacilles de Koch à l'examen direct.

— Le malade accepte l'hospitalisation.

— Il entre à l'hôpital Saint-Joseph le 23 décembre 1928.

— Il y est décédé le 25 mars 1929.

DIAGNOSTIC : Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale à prédominance droite.

2^o) RAC... DENISE.

— Née le 22 mars 1912 à Paris.

— Née à terme, pesant 3 kgr. 250. Nourrie au sein.

1^{re} visite au Dispensaire : Le 1^{er} octobre 1921.

Visite de prophylaxie, car en contact depuis 1919 avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

— Rougeole à 2 ans.

— Coqueluche à 5 ans.

— Suivie aux Enfants-Malades de 6 ans à 8 ans pour rachitisme.

— Scarlatine à 8 ans.

— Bronchites fréquentes tous les hivers.

SIGNES FONCTIONNELS :

— Tousse, depuis deux mois. Toux grasse, surtout matinale.

— Ne crache pas.

— Pas de dyspnée, pas de point de côté.

SIGNES GÉNÉRAUX :

— Assez bon état général.

— Bon appétit. Bon sommeil.

— N'a pas maigri.

— Température : 37°.

EXAMEN CLINIQUE :

— Taille : 1 m. 17. Poids : 22 kilos.

— Bon habitus. Faciès normalement coloré.

— Micropolyadénopathie à prédominance cervicale et inguinale.

— A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : respiration rude au sommet droit. Pas de bruits adventices.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 2 octobre 1921.

- Ombres hilaires nettement élargies des deux côtés, avec nombreuses bandes s'épanouissant dans les deux champs pulmonaires (particulièrement aux deux sommets).

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 1^{er} octobre 1921 : Fortement positive.

- Proposée pour placement familial à Orthez.
- Part en novembre 1921.
- Revient en décembre 1922 : Revient améliorée. Poids : 22 kgr. 400, ne tousse plus. Bon état général, mais ganglions cervicaux persistent.

En 1923 : Pas vue au Dispensaire.

En 1924 : Revient consulter à la suite d'un refroidissement.

- Médiocre aspect général, se développe mal (Poids : 23 kgr. 200).
- Tousse. Peu d'appétit.
- Faciès pâle. Quelques ganglions cervicaux.

A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire :

- Inspiration très rude au sommet droit, avec éclat métallique de la toux. Quelques râles humides (type sibillances aux deux bases).

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 avril 1924.

- Ombres hilaires toujours épaissies, élargies. Tractus persistent. Quelques ombres d'aspect calcifié au niveau des deux hiles.

2^e CUTIRÉACTION : Le 7 avril 1924 : Fortement positive.

- Envoyée de nouveau à Orthez (mai-novembre 1924).
- En revient très améliorée (Poids : 26 kgr. 100).

En 1925-1926 : Pas vue au Dispensaire.

En 1928 : Revient de nouveau consulter, car se trouve en contact avec beau-père tuberculeux bacillifère.

- Assez bon état général (Poids : 36 kilos) ; faciès toujours pâle.
- Rien d'autre à noter au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire que la rudesse respiratoire au sommet droit, précédemment signalée.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 7 avril 1928.

- Aspect absolument identique au précédent (toutefois tractus péri-hilaires auraient tendance à s'atténuer.)

3^e CUTIRÉACTION : 6 avril 1928 : fortement positive.

— Envoyée en colonies de vacances pendant 3 mois.

En 1929 : Est entrée en apprentissage (couture) ; se sent assez fatiguée. Ne tousse pas, mais faciès toujours pâle et aspect chétif. Poids : 37 kilos.

— Rien d'anormal à l'examen clinique.

— N'a plus été vue au Dispensaire, mais d'après les renseignements recueillis en 1935 par l'Assistante sociale, serait en bonne santé.

3^e) RAG... HENRIETTE.

Née le 4 juillet 1915 à Paris.

Née à terme, pssant 2 kgr. 750. Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 1^{er} octobre 1921.

Visite de prophylaxie, car en contact avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à l'âge de 3 ans.

Aurait eu des crises convulsives se répétant tous les 2 mois environ de 1917 à 1919.

SIGNES FONCTIONNELS : Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Assez bon état général.

Bon appétit. Bon sommeil.

Mais très nerveuse.

Température : 37°5.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 0 m. 95. Poids : 12 kgr. 500.

Habitus assez bon. Faciès peu coloré.

Très petits ganglions cervicaux et inguinaux.

Appareil pleuro-pulmonaire :

Inspection	}	rien d'anormal.
Percussion		
Palpation		

Auscultation :

- Respiration très rude au sommet droit.
- Petit foyer de râles crépitants très secs survenant par bouffées après la toux au niveau de la base gauche.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 2 octobre 1931.

Infiltration bilatérale des 2 champs pulmonaires, particulièrement marquée du côté gauche, infiltration constituée par des tâches et des marbrures, sans image spéléomorphique visible.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 1^{er} octobre 1921 : fortement positive.

Envoyée au Sanatorium de Chevières (Oise) où elle reste jusqu'en septembre 1923. Rejoint le foyer familial.

En 1923 : Revient très améliorée.

Taille : 1 m. 02. Poids : 16 kilos.

Mais, en novembre, à la suite d'un refroidissement, revient consulter au dispensaire, parce qu'elle tousse, qu'elle est fatiguée et qu'elle a perdu 3 kilos (Poids : 13 kgr. 100). Température : 38°2.

A l'examen : faciès pâle. Ganglions cervicaux persistent.

A l'auscultation on retrouve au sommet gauche les râles crépitants déjà signalés, mais la respiration semble normale à droite.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 novembre 1923.

- Montre une grosse amélioration. Le côté droit est presque complètement nettoyé, il ne persiste plus qu'une légère grisaille à la partie interne de la base au niveau du pédicule hilaire inférieur. Par contre, du côté gauche, particulièrement au sommet, on note encore de nombreuses taches et marbrures. Pas d'image spéléomorphique.

2^e CUTIRÉACTION : Le 5 novembre 1923 : fortement positive.

- On envoie l'enfant au sanatorium d'Ormesson, où elle reste jusqu'en juin 1925.

En 1925 : Visite de surveillance en juillet.

- Très améliorée. Taille : 1 m. 15. Poids : 18 kgr. 200.
- Meilleur aspect général. Adénopathies cervicales ont disparu, bon appétit.

- Mais il persiste toujours à l'auscultation des râles crépitants au sommet gauche.
- De plus, par intermittences, l'enfant présente des poussées fébriles (38°-38°5).

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 5 juillet 1925.

Le côté droit est complètement nettoyé. Les ombres hilaires sont élargies de ce côté, avec des ombres ovalaires à leur niveau qui correspondent vraisemblablement à des ganglions crétacés ; par contre du côté gauche, ombre non homogène du sommet, limitée en haut par la clavicule, constituée par des taches et des marbrures.

Elargissement de l'ombre médiastinale avec aspect tacheté.

- On envoie l'enfant au sanatorium d'Hendaye où elle reste jusqu'en juillet 1928.

En 1929 : Revient au dispensaire pour visite de surveillance en août.

- Amélioration nette. Taille : 1 m 25. Poids : 26 kgr. 700.
- Ne tousse pas, bon appétit.
- Bon aspect général, mais faciès toujours pâle.
- A l'auscultation : on perçoit encore quelques crépitants secs au sommet gauche après la toux.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 3 août 1929.

Poumon droit : ombres hilaires chargées, diaphragme onduleux.
Poumon gauche : ombres hilaires très développées, surtout au pôle supérieur, avec nombreux ganglions calcifiés. Au-dessus et au-dessous de la clavicule, grisaille non homogène entourée de fins tractus à point de départ hilaire. Quelques ganglions calcifiés en plein parenchyme.

- Envoyée au Glandier, où elle reste jusqu'en avril 1930.

En 1930 : Nouvelle visite au dispensaire (mai 1930).

- N'a point tiré un gros profit du dernier séjour au Glandier.
- Assez bon état général toutefois. Taille : 1 m. 32. Poids : 32 kgr.
- Mais faciès toujours pâle.
- A l'auscultation : quelques râles crépitants s'observent toujours par bouffées après la toux au sommet gauche.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 mai 1930, montre :

- Du côté droit : des ombres hilaires élargies.

- Du côté gauche : élargissement des ombres hilaires, avec persistance de l'ombre sus et sous-claviculaire précédemment signalée qui aurait plutôt tendance à régresser.

3^e CUTIRÉACTINN : le 7 mai 1930 : fortement positive.

- Envoyée en colonies de vacances pour 3 mois à Hendaye (juillet-septembre 1930).

En 1931 : Revue en janvier 1931.

- Grosse amélioration sur examen précédent.
- Taille : 1 m. 38. Poids : 37 kgr. 900.
- Bon aspect général.
- A l'auscultation : on ne perçoit plus les râles crépitants précédemment entendus. On note simplement une inspiration rude au sommet gauche, avec éclat métallique de la voix et de la toux.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 12 janvier 1931 : grosse amélioration.

- Du côté droit : ombres élargies.
- Du côté gauche : disparition de l'ombre précédemment signalée. On note de nombreux tractus assez épais, sous forme de bandes étalées, à point de départ hilaire supérieur, s'épanouissant en direction claviculaire, et renfermant de nombreuses ombres ovalaires à type crétaqué.
- Envoyée en colonies de vacances (Yonne) de juillet à septembre 1931.

En 1932 : Revue au dispensaire, car désire entrer en apprentissage (couture).

- Bon aspect général. Poids : 39 kgr. 800.
- Auscultation ne révèle rien d'anormal.
- Régulée depuis décembre 1931. Bien réglée.

7^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE :

- Même aspect que précédemment décrit. Toutefois les tractus notés au sommet gauche sont beaucoup moins importants. Nombreuses calcifications sises en plein parenchyme pulmonaire gauche (surtout au sommet).

En 1933-1934 : Pas vue au dispensaire.

En 1935 : Visite de surveillance (juillet) ; désire aller en colonies de vacances.

- Se porte bien. Poids : 46 kgr. 300.
- Bon état général.
- Rien à l'auscultation.

8^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 16 juillet 1935.

- Image sensiblement normale.
- Ombres hilaires élargies des deux côtés. Tractus signalés au sommet gauche ont complètement disparu. Il ne persiste plus à ce niveau que des ombres ovalaires d'aspect crétaqué. Part en colonie de vacances à Pont-Tourny.

4^o) RAG... HENRI.

Né le 18 décembre 1917 à Paris.

Né à terme, pesant 3 kgr. 200. Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : 1^{er} octobre 1921.

- Visite de prophylaxie, car en contact avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : Rougeole en 1920.

SIGNES FONCTIONNELS : Rien à signaler ; ne tousse pas.

SIGNES GÉNÉRAUX :

- Assez bon aspect général.
- Se développe bien.
- Bon appétit. Bon sommeil.
- Température : 36°8.

EXAMEN CLINIQUE :

- Taille : 0 m. 91. Poids : 15 kgr. 500.
- Faciès : anémique.
- Micropolyadénopathie à prédominance cervicale.
- Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : ne révèle rien d'autre qu'une inspiration un peu rude au sommet gauche.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 2 octobre 1921.

Montre des ombres hilaires anormalement développées, particulièrement du côté gauche, où elles empiètent nettement sur le 1/3 inférieur du champ pulmonaire gauche.

1^{re} CUTIRÉACTION : 1^{er} octobre 1921 : fortement positive.

On envoie l'enfant à Orthez en placement familial.
Il y reste jusqu'en octobre 1923.

En 1923, 1924, 1925 : Pas vu au dispensaire.

En 1926 : Revient consulter, car éprouve certaine gêne respiratoire, ronfle la nuit et dort la bouche ouverte.

— Bon état général. Poids : 22 kgr. 300.

— Disparition des ganglions cervicaux et inguinaux.

— Auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 3 mai 1926.

— Aspect sensiblement normal, avec simplement ombres hilaires élargies du côté gauche, avec quelques ombres ovales d'aspect crétaqué à ce niveau.

2^e CUTIRÉACTION : Le 2 mai 1926 : positive.

L'enfant va consulter aux Enfants Malades (Service d'Oto-Rhino-Laryngologie).

Diagnostic : végétations adénoïdes et grosses amygdales.

Opéré le 15 mai 1926.

Envoyé en colonies de vacances de juillet à septembre 1926.

En 1927 : Pas vu au dispensaire.

En 1928 : Revient de nouveau au dispensaire, car en contact avec beau-père tuberculeux bacillifère.

— Bon état général, mais poids insuffisant pour son âge (25 kg. 700).

Auscultation : ne montre rien d'anormal.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 juillet 1928.

— Aspect identique au précédent.

3^e CUTIRÉACTION : 7 juillet 1928 : positive.

Envoyé en colonies de vacances pour 2 mois (août-septembre 1928).

En 1929-1930 : Suivi régulièrement au dispensaire tous les deux mois.

Rien d'anormal à signaler (Poids 30 kgr. 100. Cuti toujours positive).

En 1931 : Rentre en apprentissage (journalier).

— Bon état général (Poids : 33 kilos) mais mange peu.

— Auscultation : rien d'anormal.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 6 avril 1931.

— Aspect normal. Hile un peu étalé à gauche avec un petit nodule calcifié au niveau du bord gauche du cœur.

4^e CUTIRÉACTION : Le 6 avril 1931 : positive.

En 1932 : Suivi régulièrement au dispensaire.

— Bon aspect général. Poids : 35 kgr. 600 pour taille 1 m. 40, donc un peu insuffisant.

— Auscultation : normale.

En 1933-1934 : Pas vu au dispensaire.

En 1935 : Visite de surveillance (octobre 1935).

— Excellent état général. Poids : 43 kilos.

— Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne décele rien d'anormal.

5^o) RAG... JEAN.

Né le 25 novembre 1919 à Paris.

Né à terme, pesant 3 kgr. 600. Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : le 1^{er} octobre 1921.

Visite de surveillance, car en contact avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : Rougeole à 1 an.

SIGNES FONCTIONNELS : Rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX : Bon état général.

Bon appétit. Bon sommeil.

Température : 37^o1.

EXAMEN CLINIQUE : Taille : 0 m. 75. Poids : 10 kgr. 550.

Mais faciès un peu pâle.

Micropolyadénopathie à prédominance cervicale.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : ne montre rien d'anormal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 2 octobre 1921 : aspect normal.

1^{er} CUTIRÉACTION : Le 1^{er} octobre 1921 : négative.

Mère refuse de se séparer de son enfant.

N'est pas revu au dispensaire, jusqu'en juillet 1928.

Nouveau contact avec beau-père tuberculeux bacillifère.

- Aspect général chétif. Poids : 17 kgr. 300.
- Faciès pâle. Micropolyadénopathie persiste, surtout au niveau des régions cervicales et axillaires.
- A l'auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 6 juillet 1928.

- Transparence normale des 2 champs pulmonaires dans l'ensemble, mais les ombres hilaires sont des deux côtés très élargies, très étalées, empiétant sur les 2 champs pulmonaires. Quelques ombres ovalaires au niveau des 2 hiles, d'aspect crétaqué.

2^e CUTIRÉACTION : le 5 juillet 1928 : fortement positive.

- Enfant envoyé en placement familial (Orthez) de juillet 1928 en avril 1930.

En 1930 : Revient consulter au dispensaire pour visite de surveillance.

- Grosse amélioration depuis la dernière visite. En effet :
- Poids augmenté : 21 kgr. 700 (taille 1 m. 16).
- Disparition des adénopathies inguinales et axillaires ; il persiste quelques petits ganglions cervicaux.
- Disparition des râles de bronchite antérieurement perçus.

Mais :

- Faciès reste toujours pâle.
- Poids insuffisant pour la taille.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 12 avril 1930.

- Les 2 hiles sont toujours très chargés avec de nombreux petits nodules bien limités (aspect calcifié).

3^e CUTIRÉACTION : Le 11 avril 1930 : fortement positive.

On envoie l'enfant dans le service du Dr Appert (Hôpital des Enfants Malades). Celui-ci prescrit un traitement opothérapique, et conseille le départ de l'enfant à la campagne.

En 1931 : Ce séjour semble avoir donné des résultats médiocres :

- Poids : 23 kilos (donc insuffisant).
- Faciès pâle. Aspect chétif.
- Auscultation : ne montre toujours rien d'anormal.
- Ganglions cervicaux persistent.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 16 avril 1930.

Même aspect que sur cliché précédent.

4^e CUTIRÉACTION : Le 15 avril 1930 : fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances (Finistère) de juillet à octobre.

En 1932 : Pas vu au dispensaire.

En 1933 : Revient consulter à la suite d'un « rhume » traînant.

— Toujours développement insuffisant (Poids 27 kgr. 500).

— Faciès pâle.

— A l'examen il ne persiste plus que quelques petits ganglions cervicaux, surtout à droite.

— A l'auscultation : pas de bruits adventices.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 27 mars 1933.

— Hiles toujours très épaissis, très élargis, surtout à droite, avec de nombreuses ombres ovalaires d'aspect calcifié, dont quelques-unes siègent en plein parenchyme. Des 2 régions hilaires partent des tractus vers les 2 sommets qui dans l'ensemble paraissent plus gris que sur la radio précédente.

5^e CUTIRÉACTION : Le 26 mars 1933 : positive.

On envoie l'enfant à Hyères pendant 6 mois 1/2 (avril-octobre).

En 1934 : Visite de surveillance (juin 1934).

— Amélioration nette. Poids : 29 kgr. 450 mais encore insuffisant pour l'âge de l'enfant.

— L'examen clinique montre la disparition des ganglions cervicaux.

Rien de particulier au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.

6^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 juin 1934.

— Montre une transparence normale des deux champs pulmonaires : les tractus précédemment signalés ont à peu près disparu, mais les hiles restent toujours très arborescents.

Envoyé en colonie de vacances, août, septembre, en Bretagne.

En 1935 : Visite de surveillance au dispensaire, pour savoir si l'enfant peut entrer en apprentissage.

Meilleur état général (Poids : 31 kgr. 200).

Faciès plus coloré.

Examen clinique : rien d'anormal.

7^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 9 mars 1935 : montre même aspect que radio précédente.

Apprentissage autorisé, sous surveillance médicale.

6^o) RAG... LAURENT.

— Né le 19 janvier 1922 à Paris.

— Né à terme. Elevé au biberon.

1^{re} visite au dispensaire : Le 2 octobre 1930.

Visite de prophylaxie, car :

— Son père est mort tuberculeux, mais avant sa naissance.

— L'enfant s'est trouvé en contact avec beau-père tuberculeux, mort en 1929.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : coqueluche à l'âge de 5 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : Rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX : Aspect général médiocre.

Bon appétit. Bon sommeil.

Température : 36°8.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 07. Poids : 16 kgr. 300.

Faciès normalement coloré.

Nombreux petits ganglions cervicaux et quelques petits ganglions axillaires.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire :

Inspection : rien d'anormal.

Palpation : exagération des vibrations à la base droite.

Percussion : submatité de la base droite.

Auscultation : rudesse inspiratoire au sommet droit, rudesse accentuée encore après la toux. A la base on note des craquements humides, type gros sous-crépitants, ne disparaissant pas après la toux.

Côté gauche semble normal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 6 octobre 1930.

— Confirme résultats de l'examen clinique en montrant une infiltration de la base droite avec périhilité. Cette infiltration, qui remonte jusqu'au 1/3 moyen du champ pulmo-

naire droit, est constituée par des taches et des marbrures assez peu homogènes sans image spéléomorphique. Le hile droit est large et étalé. Côté gauche : normal, mais hile arborescent.

RECHERCHE DES BACILLES DANS LES SELLES : Le 7 octobre 1930 négative.

1^{re} CUTIRÉACTION : le 6 octobre 1930 : fortement positive.

Envoyé au sanatorium de Villiers-sur-Marne, où il est admis le 10 novembre. Il en sort le 23 décembre 1931.

2^e visite au dispensaire : Le 4 janvier 1932.

- Au point de vue aspect général, ne semble pas avoir été très amélioré par son séjour en sanatorium ; en effet :
- Il n'a pris que 3 kilos en un an (Poids : 19 kilos).
- Le faciès est toujours pâle ; les ganglions cervicaux persistent.
- A l'auscultation : il persiste une rudesse respiratoire au sommet droit, avec quelques bruits adventices assez humides s'observant après la toux.
- Cependant :

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 5 janvier 1932.

- Montre une grosse amélioration. L'infiltration de la base droite a considérablement diminué : il ne persiste plus qu'une petite zone obscure, non homogène, à la partie interne et inférieure, à côté et au-dessous du pédicule pulmonaire droit qui est très élargi.

RECHERCHE DE BACILLES DANS LES SELLES : 6 janvier 1932 : négative (l'enfant ne crache pas).

2^e CUTIRÉACTION : Le 5 janvier 1932 : fortement positive.

On envoie l'enfant à Hyères, où il reste de février 1932 à mars 1933.

Vu au dispensaire à son retour (avril 1933).

- Amélioration nette, mais poids toujours insuffisant (23 kgr. 950). A 12 ans, l'enfant a l'aspect d'un enfant de 8 ans.
- A l'auscultation : disparition des bruits adventices.
- Les ganglions cervicaux ont à peu près disparu.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 5 avril 1933.

- L'amélioration radiologique s'est poursuivie : la base droite est complètement nettoyée. On note seulement une ou deux petites taches ovalaires d'aspect crétacé siégeant en plein parenchyme. Mais hile droit toujours très étalé, très arborescent, avec de fins tractus s'épanouissant vers le sommet du poumon droit.

3^e RECHERCHE DE BACILLES DANS LES SELLES : Négative.

L'enfant ne crache toujours pas.

Envoyé en colonie de vacances dans l'Yonne de mai à septembre 1933.

En 1934 : Suivi régulièrement au dispensaire.

En avril : A la suite d'un refroidissement vient consulter parce qu'il tousse et crache.

- Développement toujours insuffisant : Poids 25 kgr. 500 (à 13 ans);
- A l'auscultation : quelques runchus à la base droite.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 avril 1934.

- Montre toujours un gros hile droit étalé et arborescent, mais rien d'anormal au niveau du parenchyme pulmonaire.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 11 avril 1934.

- Négatif (tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation). Envoyé en mai 1934 à la consultation du Dr Stévenin (Hôpital Beaujon). Celui-ci attribue à une insuffisance glandulaire complexe le défaut de développement et conseille un traitement opothérapique, avec départ à la campagne.

Envoyé à la campagne (juillet-août-septembre) dans l'Yonne.

En 1935 : Suivi régulièrement au dispensaire.

- Traitement opothérapique semble donner quelques résultats : poids : 27 kgr. 500. Testicules plus développés.
- Rein à signaler d'anormal au point de vue de l'appareil pleuro-pulmonaire.

5^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 6 juin 1935.

- Ombres hilaires droites auraient plutôt tendance à régresser, mais tractus plus larges, plus nombreux au sommet droit. Part en colonie de vacances (août et septembre). Vu à son retour : Poids 29 kilos. Va bien. Meilleur aspect.

IX. — FAMILLE BLA...

Père : Né en 1887.

- Réformé en 1919 pour tuberculose pulmonaire bilatérale.
- Expectoration constamment bacillifère.
- Est resté en contact permanent avec ses enfants (sauf 3 mois en 1923).

Mère : Née en 1895.

- Semble indemne de toute lésion tuberculeuse.
- Travaille pour subvenir aux besoins du ménage.

Six enfants :

1^{er} GUSTAVE : Né en 1912.

- En contact depuis 1918 avec son père.
- Semble indemne de toute lésion tuberculeuse (4 cutis négatives).
- Pas de renseignements sur son caractère.

2^e LÉONTINE : Née en 1919.

- En contact depuis sa naissance avec son père.
- Infiltration droite en 1925 visible à radio.
- Envoyée à la campagne ; amélioration.

Enfant très sensible, très affectueuse. Dès son plus jeune âge, a dû seconder sa mère dans les travaux ménagers, et s'occuper de ses frères et sœurs. Se fait de gros soucis pour son père. Assez bonne élève, mais fréquentation scolaire irrégulière.

3^e SIMONE : Née en 1922.

- En contact depuis sa naissance avec son père.
- Micropolyadénopathie. Infiltration pulmonaire droite visible à radio (1933). Envoyée en sanatorium (1934).
Grosse amélioration.

Enfant de caractère très doux, très affectueux. Seconde sa sœur aînée dans les travaux ménagers. Joue peu, lit beaucoup. Bonne élève. Très affectée par la mort de sa sœur cadette (1933).

4^e RAOUL : Né en 1924.

- En contact depuis sa naissance avec son père.
- Cuti positive, mais se porte bien.
- Envoyé en colonies de vacances.

Garçon turbulent ; très robuste, très joueur ; médiocre élève, voudrait devenir « hercule de foire ».

5^e ALICE : Née en 1927.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Bien portante jusqu'en 1933 (cuti positive).
- décédée méningite tuberculeuse (1933).

Caractère très doux, très facile, très affectueux. Joue peu.
Enfant préférée par son père. Très précoce (savait lire à 3 ans 1/2).

6^e SUZANNE : Née en 1930.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Couchant dans le même lit que sa sœur décédée méningite tuberculeuse.
- Envoyée en placement familial.
- Infiltration poumon droit à radio (1933). Bacilles dans les selles. Envoyée préventorium (1934). Grosse amélioration.

Tempérament affectif, très doux. Aurait beaucoup souffert de son éloignement familial. Joue peu.

Dispensaire de Polignac : Versailles.

Père : HENRI, né en 1887. Ouvrier couvreur.

Mère : JULIENNE, née en 1895. Ménagère.

Six enfants :

1^{er} GUSTAVE, né en 1912.

2^e LÉONTINE, née en 1919.

3^e SIMONE, née en 1922.

4^e RAOUL, né en 1924.

5^e ALICE, née en 1927. Décédée en 1933.

6^e SUZANNE, née en 1930.

Mauvaises conditions sociales :

- Petit appartement de 3 pièces (loyer 3.500 fr.), mal éclairé, mal aéré (au fond d'une cour, rez-de-chaussée).
- Enfants sont toujours restés en contact direct avec le père, bacillifère depuis 1918.
- Couchent à deux dans le même lit.
- Nourriture convenable. Propreté médiocre.

BLA... HENRI. — Père.

Né le 11 novembre 1887 à la Queue-les-Yvelines (Seine-et-Oise).
Profession : Ouvrier couvreur.

1^{re} visite au dispensaire : 16 octobre 1920.

Vient consulter parce qu'il tousse, crache, et parce qu'il a maigri.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- Banales maladies d'enfance (rougeole, coqueluche, etc.).
- Bronchopneumonie droite à l'âge de 12 ans.
- Fait son service militaire à Verdun de 1908 à 1910.
- Se marie en 1911.
- Mobilisé en 1914 ; fait la guerre dans l'infanterie ; évacué une 1^{re} fois en septembre 1915 pour éclat d'obus à la jambe ; une 2^e fois en avril 1916 pour blessure par balle au bras droit ; évacué en mars 1918, après avoir été gazé ; hospitalisé pendant 5 mois. Réformé en janvier 1919 pour tuberculose pulmonaire bilatérale (présence de bacilles dans les crachats) à 100 %.
- Rejoint son foyer. Ne travaille pas.

SIGNES FONCTIONNELS :

- Depuis une quinzaine de jours, à la suite d'un refroidissement il tousse et expectore davantage.
- Toux : grasse, surtout nocturne et matinale.
 - Expectoration : Assez abondante. Crachats muco-purulents, verdâtres.
 - Un peu de dyspnée d'effort.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Amaigrissement (aurait perdu 5 kilos en 2 mois).

Asthénie.

Appétit médiocre.

Température : 38°4.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 85. Poids : 67 kgr. 300.

Habitus général médiocre ; sujet maigre ; faciès pâle, pommettes colorées.

Inspection : Dépression marquée des fosses sus-épineuses et sus-claviculaires.

Palpation : exagération des vibrations vocales aux deux sommets.

Percussion : Matité nette du sommet droit.

Auscultation : Râles crépitants disséminés dans les deux champs pulmonaires, particulièrement nombreux aux deux sommets

Eclat métallique de la voix et de la toux. Bronchophonie diffuse.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 17 octobre 1919.

Nombreux bacilles de Koch à l'examen direct.

On conseille au malade de se faire hospitaliser à l'Hôpital de Versailles pour un placement éventuel en sanatorium, mais le malade s'y refuse.

En 1920 : Revient consulter au dispensaire le 9 avril 1920.

— Etat général toujours médiocre ; toutefois le malade aurait gagné un peu de poids (68 kgr. 500). Il tousse et crache toujours beaucoup. Température : 37°5.

— A l'auscultation : Persistance des bruits adventices déjà décrits, mais ceux-ci paraissent moins nombreux.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 10 avril 1920.

Grisaille généralisée des deux champs pulmonaires, avec opacité plus marquée des deux sommets. Dans cette grisaille généralisée on note aux deux sommets des ombres ovalaires plus sombres, plus opaques, qui semblent se rétrécir à la toux (spélonques ?).

2^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 10 avril 1920.

Montre toujours de nombreux bacilles de Koch à l'examen direct.

En 1921-1922 : Pas vu au dispensaire.

En 1923 : Vient consulter au mois de juin 1923 à la suite d'une assez forte hémoptysie (environ 1/2 litre de sang, dit-il) qui s'est accompagnée d'une poussée fébrile qui l'a contraint à rester dix jours au lit.

— Très mauvais état général ; a perdu 5 kilos en 1 mois (poids 63 kgr. 200) ; se sent très fatigué. Tousse beaucoup ; expectoration muco-purulente abondante avec des filets de sang. Température 38°7.

— L'examen clinique montre une matité du sommet droit, des râles crépitants disséminés dans les deux poumons, avec un foyer de râles plus humides au sommet droit, éclatant après la toux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 juin 1923.

Infiltration des deux champs pulmonaires, infiltration constituée par des marbrures et des pommelures disséminées dans les deux champs. Au sommet droit on note la présence de deux ombres ovalaires assez homogènes, plus opaques que le parenchyme voisin, se chevauchant l'une l'autre (spélonques à discuter). Les ombres hilaires sont très étalées, et sont le point de départ de bandes d'aspect fibreux s'étalant dans le tiers inférieur des deux poumons, particulièrement du côté gauche.

3^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 12 juin 1923.

Nombreux bacilles à l'examen direct.

Le malade se décide à se faire hospitaliser à l'Hôpital de Versailles, où il reste du 15 juin au 17 août. Puis il est envoyé à l'hospice de Brévannes. Il en sort au bout de deux mois (22 octobre 1923) ; motif invoqué : mauvaise nourriture). Il rejoint son foyer qu'il n'a plus jamais quitté.

— Bien qu'il ait eu plusieurs petites hémoptysies durant son séjour en sanatorium, son état général s'est amélioré.

— Il a repris du poids (71 kilos) ; sa température est revenue à la normale ; il a meilleur appétit, se sent moins fatigué, mais il tousse et crache toujours.

EXAMEN CLINIQUE : Le 24 octobre 1923.

Montre une diminution des râles précédemment perçus ; on les entend surtout au sommet droit.

4^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 24 octobre 1923.

Toujours positif (30 bacilles par champ).

En 1924 : Pas venu au dispensaire.

En 1925 : Revient au dispensaire pour accompagner ses deux enfants aînés qu'il désire envoyer en colonies de vacances.

— Assez bon état général ; n'a pas maigri (poids : 70 kgr. 200).
Tousse et crache. Se refuse à être examiné.

En 1926-1927 : Pas vu au dispensaire.

En 1928 : Revient consulter, parce qu'il vient de faire deux hémoptysies assez abondantes à trois jours d'intervalle (25 et 28 juin).

— Cependant l'état général est relativement bon ; son poids est de 68 kgr.-300 ; la température est subfébrile (37°8).

— A l'examen clinique, on note l'existence de râles sous-crépitaux assez humides aux deux sommets. L'expiration est très rude. La voix et la toux ont un éclat métallique désagréable.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 1^{er} juillet 1928.

Montre plutôt une régression des lésions ou tout au moins leur tendance vers une évolution fibreuse. En effet, les deux champs pulmonaires sont envahis par des bandes, des tractus fibreux à point de départ hilair qui s'épanouissent en une trame très serrée dans les 2/3 inférieurs des deux poumons. Il persiste encore aux deux sommets des taches et des marbrures, mais les deux ombres opaques précédemment signalées au sommet droit ont diminué de volume, et semblent circonscrites par une coque d'aspect fibreux assez épaisse.

5^e EXAMEN DE CRACHATS : 2 juillet 1928.

Présence de bacilles de Koch à l'examen direct.

On propose au malade de rentrer en observation à l'hôpital, mais il s'y refuse énergiquement, car il a recommencé à travailler comme aide jardinier depuis juin 1927. Vit toujours en contact avec ses enfants.

En 1929, 1930, 1931 : Pas vu au dispensaire.

En 1932 : Revient consulter, car il désire se faire opérer d'une hernie inguinale droite, et il veut savoir si son état pulmonaire permet l'anesthésie.

— Bon aspect général (poids 72 kgr. 200).

Température normale (36°9).

Il ne tousse presque plus, et crache très peu.

— L'examen clinique montre une bronchophonie diffuse, avec éclat de la toux, mais pas de bruits adventices.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 21 mars 1932.

Confirme évolution fibreuse des lésions. Les tractus envahissent la presque totalité des deux champs pulmonaires, se confondant presque. Les taches et marbrures du sommet gauche ont disparu.

6^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 20 mars 1932.

Pas de bacilles à l'examen direct.

Quelques rares bacilles après homogénéisation.

On autorise l'intervention chirurgicale, sous réserve qu'elle sera faite à l'anesthésie locale.

Le malade revient consulter après son intervention. Celle-ci (effectuée sous-anesthésie générale au chloroforme) s'est passée sans incident. Les suites opératoires ont été bonnes.

— Bon état général (poids 71 kgr. 800).

L'examen clinique ne décèle pas de bruits adventices, mais l'expiration est toujours très rude, de même que la voix et la toux.

En 1933-1934 : Pas vu au dispensaire.

En 1935 : Revient consulter le 6 mai 1935, parce qu'il a remarqué la présence de quelques filets de sang dans ses crachats.

— Se trouve en excellente santé ; poids stationnaire (72 kgr. 300).

— Tousse un peu, ne crache pas.

— L'examen clinique donne les mêmes résultats que le précédent : bronchophonie diffuse ; retentissement de la voix et de la toux surtout à droite. Pas de bruits surajoutés.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 mai 1935.

Confirme résultats de radio précédente : les deux champs pulmonaires sont envahis par des tractus d'aspect fibreux, au milieu

desquels se détachent des ombres ovalaires plus ou moins arrondies, particulièrement au niveau des hiles et des ombres opaques au sommet droit, reliquat probable des lésions précédemment décrites.

7^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 7 mai 1935.

Négatif à l'examen direct.

Quelques bacilles de Koch après homogénéisation.

Aux dernières nouvelles, continue à travailler.

BLA... JULIENNE. — Mère.

Née le 14 avril 1895 à Bayeux (Orne).

Ménagère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Banales maladies d'enfance.

Fièvre typhoïde à 15 ans.

Réglée à 16 ans : bien réglée.

— S'est mariée en 1911 avec BLA HENRI.

A eu 7 grossesses (6 à terme, la 7^e se terminant par une fausse couche de 5 mois).

— En contact permanent depuis décembre 1918 avec son mari tuberculeux bacillifère (même lit).

— Vue plusieurs fois au dispensaire, où elle est venue souvent accompagner ses enfants, mais n'a consenti à se faire examiner qu'une seule fois.

Le 12 avril 1920 :

Excellent état général. Aucun signe fonctionnel anormal.

Taille : 1 m. 52. Poids : 63 kgr. 500.

Habitus excellent ; l'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Montre transparence normale des deux champs pulmonaires.

— A nourri tous ses enfants au sein.

— N'a jamais été malade ; aux derniers renseignements se trouvait en excellente santé.

1^o) BLA... GUSTAVE. Employé d'assurances.

Né le 7 avril 1912 à Paris.

Né à terme, pesant 2 kgr. 200. Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : 12 avril 1920.

Visite de prophylaxie, car en contact permanent depuis décembre 1918 avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à l'âge de 3 ans.

Varicelle à 5 ans.

Opéré de végétations adénoïdes aux Enfants-Malades à 7 ans.

SIGNES FONCTIONNELS :

Rien à signaler : ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Excellent état général.

Température : 36°8.

Bon appétit.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 1 m. 30. Poids : 27 kgr. 500.

Habitus excellent, faciès normalement coloré.

Pas de ganglions perceptibles à la palpation des régions cervicales, axillaires et inguinales.

L'examen clinique ne montre rien d'anormal au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 12 avril 1920.

Montre transparence normale des 2 champs pulmonaires.

Pas d'ombres hilaires visibles.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 12 avril 1920 : négative.

Etant donné la notion de contage familial, on envoie l'enfant en colonie de vacances de juillet à septembre 1920.

En 1921 : Revient consulter à la suite d'un gros « rhume ». N'a jamais eu de poussée fébrile.

— Se développe normalement (taille 1 m. 34. Poids 30 kgr. 100).

— L'examen clinique de la gorge montre une rougeur diffuse du voile et des piliers mais l'auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre pas de bruits surajoutés.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 7 mars 1921.

Rien d'anormal.

2^e CUTIRÉACTION : Le 8 mars 1921 : négative.

En 1922-1923 : Pas vu.

En 1924 : Nouvelle visite de surveillance au dispensaire, car en contact de nouveau avec son père, qui revient d'un court séjour en sanatorium.

Bonne santé apparente. Poids 36 kgr. 600.

Aucun signe anormal au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 28 janvier 1924.

Transparence normale des 2 champs pulmonaires avec des hiles normalement développés (quelques ombres ovalaires d'aspect crétacé au niveau du hile droit).

3^e CUTIRÉACTION : Le 29 janvier 1924 : négative.

En 1925 : N'est pas vu au dispensaire.

En 1926 : Envoyé avec ses deux sœurs en colonies de vacances.

Revient en excellent état général ; poids : 41 kgr. 300.

4^e CUTIRÉACTION : 16 octobre 1926 : négative.

De 1927 à 1932 : Pas vu au dispensaire.

En 1933 :

Revient du service militaire qu'il a fait dans l'Infanterie à Bitche. N'a jamais été malade.

— Vient au dispensaire après la mort d'une sœur décédée de méningite tuberculeuse.

— L'examen clinique ne montre rien d'anormal (poids 57 kgr. 900).

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 20 avril 1933.

Aspect normal (quelques ombres crétacées au niveau du hile gauche).

A quitté le groupe familial en avril 1935 pour se marier.

2^o) BLA... LÉONTINE.

Née le 12 septembre 1919 à Versailles.

Née à terme, pesant 3 kgr. 100. Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : 12 avril 1920.

Visite de prophylaxie, car en contact permanent avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Aurait fait crise de diarrhée verte durant une quinzaine de jours à l'âge de 3 mois.

SIGNES FONCTIONNELS : Ne tousse pas.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Se développe assez bien ; prend régulièrement du poids (6 kgr. 200).

— Mais aspect cependant malingre.

— L'examen clinique montre une micropolyadénopathie (particulièrement au niveau des régions cervicales et axillaires).

— Auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire : normale.

1^{re} CUTIRÉACTION : 12 avril 1920 : fortement positive.

La mère se refusant absolument à se séparer de son enfant, on lui conseille de la faire suivre régulièrement au dispensaire, et de la faire vacciner au B. C. G.

— Vue régulièrement pendant toute l'année 1920.

Se développe bien. Rien à signaler.

En 1921 : Fait en février une rougeole qui évolue sans autres complications qu'une otite moyenne catarrhale qui ne laisse du reste aucune séquelle.

Poids : 9 kgr. 200. Les adénopathies persistent.

En 1922 : Coqueluche qui débute en mars 1922, et se prolonge jusqu'au début de mai.

— A la suite de cette coqueluche, on note une altération de l'état général. Le poids reste stationnaire aux environs de 11 kilos. L'appétit est médiocre.

— A l'examen clinique, on note : la persistance des adénopathies, qui auraient plutôt tendance à augmenter, particulièrement au niveau de la région cervicale droite.

— A l'auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire, on note la présence aux deux bases de gros rûchus, très humides, ne disparaissant pas après la toux.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 20 mai 1922.

Montre transparence normale des deux champs pulmonaires dans l'ensemble, mais avec des ombres hilaires très développées, assez opaques des deux côtés. Le jeu du diaphragme est normal. Les sommets s'éclairent bien à la toux.

2^e CUTIRÉACTION : Le 19 mai 1922 : fortement positive.

On propose à la mère d'envoyer l'enfant à la campagne pour quelques semaines ; s'y refuse.

En 1923-1924 : Pas vue au dispensaire.

En 1925 : Revient consulter en mars 1925 parce qu'elle vient de faire un épisode pulmonaire aigu fébrile qui s'est prolongé pendant deux semaines.

— Depuis, l'enfant est très fatiguée, ne mange presque pas. Elle a maigri (le poids est tombé de 17 kilos à 15 kgr.200). De plus elle tousse beaucoup : toux grasse, surtout le matin ; ne crache pas.

— A l'exameu : enfant d'aspect général médiocre, au faciès pâle. Les adénopathies cervicales persistent, ganglions assez gros, durs, mobiles bilatéraux, mais prédominaux droite.

— A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire :

Submatité du sommet droit à la percussion.

Exagération des vibrations vocales au sommet droit à la palpation.

Rudesse inspiratoire à l'auscultation des deux sommets, plus marquée au sommet droit. Dans la région interscapulo-vertébrale droite, on perçoit après la toux quelques râles secs, du type crépitant, survenant après la toux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 mars 1925.

Montre une exagération marquée des ombres hilaires, particulièrement du côté droit, où elles sont très étalées, très élargies, s'épanouissant en fins tractus dans tout le champ pulmonaire, surtout vers le sommet. On note au niveau des deux régions juxta-hilaires plusieurs ombres ovalaires assez mal limitées, de la grosseur d'un gros pois, qui semblent correspondre à des images ganglionnaires. De plus on note à deux travers de doigts au-dessous de la clavicule droite l'existence d'une zone opaque constituée par des taches et des marbrures non homogènes. Cette zone est assez mal délimitée et se confond avec les tractus avoisinants.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : 6 mars 1925.

Ne décelez pas la présence de bacilles dans les crachats salivaires, tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation.

3^e CUTIRÉACTION : Le 7 mars 1925 : fortement positive.

Malgré tous les conseils donnés, la mère ne veut pas se séparer de son enfant, et la garde au foyer familial.

En 1926 : Pas vue au dispensaire, mais est envoyée en colonie de vacances (3 mois).

En 1927 : Vue à la suite d'une opération (végétations adénoïdes).

- Meilleur état général (poids 23 kilos). Ne tousse plus.
- A l'examen : adénopathies cervicales ont rétrocedé, il ne persiste plus que quelques ganglions du côté droit.
- A l'auscultation des poumons, on note simplement une exagération de la tonalité respiratoire au sommet droit.

De 1928 à 1932 : Pas vue au dispensaire.

En 1933 : Revient consulter au dispensaire, car vient de perdre une sœur, décédée de méningite tuberculeuse.

- Aspect général médiocre (poids 30 kgr. 100) ; faciès pâle ; tousses et crache ; mange peu. Est réglée irrégulièrement depuis 6 mois.
- A l'examen : quelques ganglions cervicaux du côté droit.
- A l'auscultation : il persiste toujours une rudesse inspiratoire au sommet droit, avec éclat métallique de la toux, mais il n'y a pas de bruits adventices.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 20 avril 1933.

Ombres hilaires toujours très épaissies, avec grisaille du sommet droit. Les taches et marbrures signalées sur le précédent cliché ont disparu. Nombreux tractus à point de départ hilaire s'épanouissant dans les 2/3 inférieurs des champs pulmonaires.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : 20 avril 1933.

Négatif (examen direct, et après homogénéisation).

4^e CUTIRÉACTION : 20 avril 1933 : fortement positive.

On envoie l'enfant à la campagne (Seine-et-Oise) pendant six mois. En revient très améliorée (a gagné 3 kilos ; poids 33 kgr. 500).

- Disparition des adénopathies cervicales.

En 1934 : Suivie régulièrement au dispensaire.

- Assez bon état général (mais toujours réglée irrégulièrement), ne tousse plus. Rien de particulier à noter au point de vue

examen clinique (si ce n'est toujours la rudesse inspiratoire du sommet droit).

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 mai 1934.

Aspect semblable au précédent ; mais les tractus précédemment signalés auraient plutôt tendance à s'atténuer.

En 1935 : Rentre en apprentissage (lingère).

Bon état général, mais à surveiller.

3^o) BLA... SIMONE.

Née le 6 mars 1922 à Versailles.

Née à terme, pesant 3 kgr. 200 ; nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : 5 mars 1925.

Visite de prophylaxie, car en contact depuis sa naissance avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à 2 ans (sans complication).

SIGNES FONCTIONNELS :

Ne tousse pas.

Pas de dyspnée.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Assez bon état général.

Se développe normalement.

Mange et digère bien.

Température : 36°8.

EXAMEN CLINIQUE :

Bon habitus. Poids : 11 kgr. 300.

Faciès normalement coloré.

— Mais Micropolyadénopathie à prédominance cervicale : gros ganglions assez mal isolés à la palpation, principalement du côté droit. Ganglions plus petits au niveau des régions axillaires et inguinales.

— A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : rien d'anormal.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 6 mars 1925.

Montre image sensiblement normale. Toutefois ombres hilaires paraissant épaissies.

1^{re} CUTIRÉACTION : 5 mars 1925 : fortement positive.

On conseille un placement familial, mais la mère refuse de se séparer de son enfant.

En 1926, 1927, 1928 : Pas vue au dispensaire.

En 1929 : Revient consulter parce qu'elle ronfle la nuit, et qu'elle dort la bouche ouverte.

— Aspect général médiocre ; faciès pâle.

— Adénopathies cervicales persistent, inchangées. Quelques ganglions axillaires persistent. On ne perçoit plus de ganglions inguinaux.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : inspiration un peu rude au sommet droit.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 12 mai 1929.

Transparence normale dans l'ensemble des deux champs pulmonaires, mais ombres hilaires épaissies, élargies, surtout du côté droit.

2^e CUTIRÉACTION : Le 11 mai 1929 : positive.

On envoie l'enfant consulter dans un service d'Oto-Rhino-Laryngologie. Opérée des végétations adénoïdes et des amygdales le 21 mai 1929.

Part en colonie de vacances (Bretagne) en août et septembre 1929.

En 1930, 1931, 1932 : Pas vue au dispensaire.

En 1933 : Revient consulter au dispensaire, parce que depuis une dizaine de jours, elle a de la fièvre, touse et crache.

— De plus elle vient de perdre une sœur, avec qui elle était en contact, de méningite tuberculeuse.

— Aspect général mauvais ; aurait maigri depuis quelques mois. Mauvais appétit ; température : 38°2.

Faciès pâle, mais adénopathies cervicales à peu près disparues.

— A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire, on trouve : une submatité du sommet droit, à la percussion ; une exagération des vibrations vocales à la palpation ; un foyer de râles crépitants secs s'entendant surtout à l'inspiration et après la toux.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 20 avril 1933.

Montre au sommet droit dans la région sous-claviculaire une zone opaque constituée par des taches et des marbrures. Le poumon droit est gris dans l'ensemble. Ombres hilaires très élargies des deux côtés.

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 20 avril 1933.

Crachats salivaires.

Pas de bacilles à l'examen direct et après homogénéisation.

RECHERCHE DES BACILLES DANS LES SELLES : Le 28 avril 1933 : négative.

On hospitalise l'enfant à l'hôpital de Versailles, où elle reste jusqu'au 26 mai 1933. Part en sanatorium à cette date ; y reste jusqu'en décembre 1934.

En 1935 : Vue au dispensaire à son retour du sanatorium (3 janvier).

— Grosse amélioration. Poids :

Température normale ; ne tousse plus, ne crache plus.

— A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : disparition des bruits adventices. Il ne persiste plus qu'une respiration rude au sommet droit avec éclat retentissant de la toux.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 4 janvier 1935.

Disparition des taches et des marbrures du sommet droit qui apparaît nettoyé. Nombreux tractus d'aspect fibreux, à point de départ hilaire s'épanouissant dans tout le champ pulmonaire, particulièrement au sommet. Hiles chargés avec de nombreuses calcifications.

Suivie régulièrement au dispensaire.

— Envoyée en colonie de vacances (juillet-septembre 1935) en Seine-et-Oise.

— Revue à son retour : a gagné 1 kilo ; bon aspect général.

Auscultation : Rien d'anormal.

4^o) BLA... RAOUL.

— Né le 4 octobre 1924 à Versailles.

— Né à terme, pesant 2 kgr. 700. Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 7 mai 1927.

Visite de prophylaxie, car en contact permanent depuis sa naissance avec père tuberculeux pulmonaire bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à l'âge de 2 ans.

Quelques rhumes.

SIGNES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX : Rien d'anormal.

Excellent état général.

Température : 36°9.

Bon appétit. Bon sommeil.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille : 0 m. 87. Poids 12 kgr. 700.

Habitus excellent. Faciès normalement coloré.

L'examen des régions ganglionnaires ne montre pas d'adénopathie.

Rien d'anormal à l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 8 mai 1927.

Image normale. Hiles normalement développés.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 7 mai 1927 : Négative.

On conseille placement familial : Mais la mère refuse de se séparer de son enfant.

En **1928** : Pas vu.

En **1929** : 2^e visite, le 11 mai 1929 : visite de prophylaxie.

— Excellent état général. Rien d'anormal à signaler.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 12 mai 1928.

Image thoracique normale.

2^e CUTIRÉACTION : Le 11 mai 1929 : Négative.

Envoyé en colonie de vacances (août et septembre).

Rentre en parfait état. Poids 16 kgr. 200.

En **1930-1931** : Pas vu au dispensaire.

En **1932** : 3^e visite : Le 14 juin 1932.

— Vient consulter, car famille désire envoyer l'enfant de nouveau en colonies de vacances.

— Poids : 20 kgr. 800. Taille : 1 m. 17.

- Excellent aspect ; aurait fait bronchite banale (durée six jours) en novembre 1931.
- L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne montre toujours rien d'anormal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 15 juin 1932.

Montre une image thoratique sensiblement normale. Les ombres hilaires sont de développement et d'épaisseur habituels.

3^o CUTIRÉACTION : Le 14 juin 1932 : Négative.

En 1933 : Revient consulter parce que sa sœur avec laquelle il vivait en contact vient de mourir de méningite tuberculeuse.

- Se porte bien. Bon aspect.
- Pas d'adénopathies à signaler.
- Poids : 23 kgr. 400.
- Rien d'anormal à l'examen clinique.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 7 avril 1933.

Donne les mêmes résultats que le cliché précédent.

4^e CUTIRÉACTION : Le 6 avril 1933 : Fortement positive.

On envoie l'enfant à la campagne pendant 3 mois (mai, juin, juillet). Revient dans un excellent état, ayant pris 2 kilos (poids : 25 kgr. 100).

En 1934 : Vu à diverses reprises au dispensaire (février : à la suite d'une grippe. Mai et juin : pour départ en colonie de vacances).

- Est toujours en parfait état.

5^e CUTIRÉACTION : Le 10 juin 1934 : Toujours fortement positive.

Va en colonie de vacances (août et septembre).

En 1935 : Continue à être en parfaite santé ; fréquentation scolaire assidue.

Poids : 27 kgr. 300.

Examen clinique ne révèle toujours rien d'anormal.

5^o) BLA... ALICE.

Née le 3 août 1927 à Versailles.

Née à terme, pesant 3 kgr. 100. Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 6 août 1929.

Visite de prophylaxie, car en contact permanent avec père tuberculeux cavitare bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

N'a jamais été malade, à part une crise d'entérite (diarrhée verte) en août 1928.

SIGNES FONCTIONNELS : Néant.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Bon état général.

Bon appétit. Bon sommeil.

Température : 36°7.

EXAMEN CLINIQUE :

Enfant d'aspect robuste.

Taille : 0 m. 76. Poids : 11 kgr. 400.

Pas d'adénopathies appréciables à l'examen clinique.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : Normal.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 7 août 1929.

Image thoracique normale. Hiles normalement développés.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 6 août 1929 : Négative.

Malgré tous les conseils donnés, la mère refuse de se séparer de son enfant.

En 1930-1931 : Pas vue au dispensaire.

En 1932 : 2^e visite au dispensaire : Le 7 mars 1932.

Vient consulter à la suite d'un petit épisode pulmonaire aigu et fébrile, étiqueté « grippe ». Cet épisode a duré dix jours, dont six jours de lit.

— Ne tousse pas.

— Pas de modification de l'état général (poids 14 kgr. 300).

— Pas d'adénopathies perceptibles.

Examen clinique : Montre simplement la persistance de quelques râles consonnants type bronchitique, aux deux bases.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 mars 1932.

Montre ombres hilaires épaissies des deux côtés, particulièrement du côté droit avec quelques fines arborisations se détachant du 1/3 moyen du hile droit vers le sommet.

2^e CUTIRÉACTION : Le 7 mars 1932 : Fortement positive.

On demande à la mère d'envoyer son enfant en placement familial, elle s'y refuse énergiquement.

3^e visite au dispensaire : 12 janvier 1933.

Vient consulter parce que depuis 3 semaines environ, l'état général semble décliner : A perdu 2 kilos depuis la dernière pesée (poids 14 kgr. 800). Appétit très irrégulier, médiocre dans l'ensemble. Enfant maussade, triste, ne joue plus. Sommeil agité, cauchemars fréquents.

— Température : 37°4.

Examen clinique : Ne montre rien d'anormal au point de vue des appareils pleuro-pulmonaire et ganglionnaire.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 13 janvier 1933.

Montre que les ombres hilaires ont augmenté de volume et d'épaisseur depuis le précédent cliché. Les arborisations signalées au niveau du hile droit ont augmenté de volume, elles sont plus larges, plus étalées et empiètent sur le sommet droit qui paraît moins clair que le côté gauche.

3^e CUTIRÉACTION : Le 12 janvier 1933 : Fortement positive.

On conseille à la mère d'envoyer son enfant en préventorium, mais celle-ci ne veut absolument pas se séparer de son enfant.

On lui demande de la faire visiter de nouveau dans quinze jours.

4^e visite au dispensaire : Le 30 janvier 1933.

— Médiocre état général. L'enfant a encore perdu 500 grammes (poids 14 kgr. 300). Ne mange presque plus ; mauvais sommeil, se plaint de céphalée fréquente.

Température oscille entre 37°5 et 38°.

— A l'examen clinique :

Rien d'anormal au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire, mais on décèle une certaine raideur de la nuque.

On conseille l'hospitalisation de l'enfant à l'hôpital, mais la mère veut la garder à la maison.

Rentre le 4 février 1933 à l'hôpital de Versailles (service Dr Mauger).

Décédée le 8 février 1933.

Seuls renseignements recueillis :

- Méningite à évolution aiguë (T° : 39°5):
- Ponction lombaire aurait ramené liquide clair, à forte lymphocytose. On aurait trouvé quelques BK. après centrifugation.
- L'autopsie n'a pas été pratiquée.

6°) BLA... SUZANNE.

Née le 3 juin 1930 à Versailles.

Née à terme, pesant 3 kgr. 300.

Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 7 mars 1932.

Visite de prophylaxie, car en contact permanent depuis sa naissance avec père, tuberculeux cavitaires bacillifères.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Varicelle à 18 mois.

SIGNES FONCTIONNELS : Rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX .

Bon aspect général.

Bon appétit. Excellent sommeil.

Température : 36°9.

EXAMEN CLINIQUE :

Poids 11 kilos. Taille : 0 m. 78.

Faciès normalement coloré.

— Appareil pleuro-pulmonaire : Rien à signaler.

— Pas d'adénopathies perceptibles.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 8 mars 1932.

Image thoracique normale.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 7 mars 1932 : Négative.

En 1933 : 2^e visite au dispensaire : 20 février 1933.

Visite de surveillance, car sœur décédée de méningite tuberculeuse en février 1933 : couchait dans le même lit.

— Pas de modification de l'état général.

— Rien de nouveau à l'examen clinique.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 21 février 1933.

Montre une image thoracique sensiblement normale dans l'ensemble, mais avec des ombres hilaires nettement élargies, particulièrement au niveau du hile droit. Une ou deux ombres opaques d'apparence calcifiée au niveau du tiers moyen du hile droit.

2^e CUTIRÉACTION : Le 20 février : fortement positive.

Enfant envoyée en placement familial durant 2 mois ; mais la mère la fait revenir, parce que l'enfant « s'ennuie » et a une « mauvaise nourriture ».

En 1934 : 3^e visite au dispensaire : Le 8 février 1934.

- Enfant revient consulter parce que depuis une dizaine de jours tousse d'une petite toux sèche, se plaint de douleurs thoraciques, ne mange presque plus et dort mal.
- Température : 38°2.
- Poids : 12 kgr. 100 (aurait perdu 800 gr. sur la dernière pesée).
- A l'examen clinique : Faciès pâle.

Appareil pleuro-pulmonaire :

- Inspection : Thorax amaigri, côtes saillantes.
- percussion : matité des 2/3 supérieurs du poumon droit.
- palpation : Exagération des vibrations thoraciques du côté droit.
- Auscultation : Respiration très soufflante au niveau du poumon droit avec quelques craquements au sommet droit. Eclat désagréable de la toux.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 février 1934.

Montre infiltration des 2/3 supérieurs du poumon droit, infiltration constitué par une ombre non homogène à point de départ hilaire, avec des marbrures au sommet droit.
Côté gauche paraît normal.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES SELLES : Le 8 février 1934.

Né décèle pas la présence de bacilles de Koch.

On décide la mère à faire hospitaliser l'enfant à l'hôpital de Versailles.
Enfant rentre à l'hôpital le 10 février, et y reste hospitalisée jusqu'au 20 mars 1934.

On manque de renseignements sur l'évolution de l'affection durant son hospitalisation. On aurait trouvé des bacilles par examen du contenu gastrique retiré par tubage. La température a oscillé durant son séjour à l'hôpital entre 37°5 et 38° avec une poussée fébrile à 39° les premiers jours de son hospitalisation.

— Envoyée ensuite en préventorium ; y reste jusqu'en octobre 1934.

4^e visite : 17 octobre 1934.

Revient du préventorium considérablement améliorée ; aurait gagné 3 kilos (poids 14 kgr. 800).

— Meilleur aspect général, mais faciès encore un peu pâle.

— Température normale : 36°9.

— Ne tousse plus.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : Montre diminution de sonorité à la percussion, et respiration rude au sommet droit.

Pas de bruits adventices.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 18 octobre 1934.

Montre la disparition de l'ombre précédemment signalée au niveau du poumon droit ; mais hiles très élargis, avec travées s'épanouissant dans tout le poumon droit. Deux ombres ovales de la grosseur d'un gros pois au niveau du sommet. Côté gauche normal dans l'ensemble.

RECHERCHE DES BACILLES DANS LES SELLES : Négative.

5^e visite : Le 6 décembre 1934.

Etat général stationnaire ; faciès un peu plus coloré ; poids stationnaire ; meilleur appétit.

Examen clinique donne mêmes résultats que précédemment.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 19 décembre 1934.

Donne aspect identique au cliché précédent.

En **1935** : Suivie régulièrement au dispensaire (2 visites par mois).

— Assez bon état général ; poids 16 kgr. 200, mais faciès toujours peu coloré.

— Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire donne toujours les mêmes résultats.

5^e et 6^e CLICHÉS RADIOGRAPHIQUES : 15 février et 6 juin 1935.

Montrent images semblables aux précédents clichés ; toutefois les ombres hilaires auraient tendance à diminuer du côté droit.

Envoyée en colonies de vacances (août et septembre).

Revient en excellent état.

En 1936 : Pas vue au dispensaire.

Aux derniers renseignements recueillis par l'Assistante sociale, serait en bonne santé.

X. — FAMILLE SIM...

Père : Né en 1899.

- Tuberculeux pulmonaire bilatéral avec expectoration bacillifère depuis 1929.
- Est resté constamment en contact avec ses enfants. Décédé en 1931.

Mère : Née en 1902.

- N'a pas été examinée au dispensaire.
- Semble indemne de toute lésion tuberculeuse.
- Subvient aux besoins du ménage depuis 1930.

Cinq enfants : (dont deux jumeaux).

1^{er} JULES : Né en 1920.

- En contact permanent avec son père.
- Cuti positive. Ombres hilaires développées. Caractère assez indifférent. Robuste, très sportif. Moyen élève. Désire être boulanger.

2^e SIMONE : Née en 1921.

- En contact avec son père depuis sa naissance.
 - S'est bien portée jusqu'en 1930 ; a dû remplacer sa mère au foyer familial, soigner son père.
 - Pleurésie gauche (1931). Envoyée en préventorium grosse amélioration.
- Enfant très nerveuse, très sensible. Caractère très affectueux. A été très peinée par la mort de son père. Gros soucis matériels et moraux. Voudrait rentrer au couvent quand ses frères et sœur seront élevés.

3^e JULIETTE : Née en 1924 (jumelle).

- En contact avec son père depuis sa naissance.
 - Cuti positive, mais bon état général.
 - Envoyée en colonies de vacances.
- Caractère turbulent. Enfant bruyante, tapageuse, aimant jouer. A paru peu affectée par la mort de son père.

4^e JEAN : Né en 1924 (jumeau).

- En contact avec son père depuis sa naissance.
- Adénopathie cervicale. Infiltration poumon droit à la radio (1931). Envoyé en préventorium ; revient très amélioré.

Enfant très doux, très sensible, qui a été très peiné par la mort de son père dont il était l'enfant préféré. Joue peu ; lit beaucoup. Très bon élève ; veut être ingénieur.

5^e HENRI : Né en 1926.

- En contact avec son père de 1926 à 1931.
- Adénopathie cervicale. Hiles développés.
- Envoyé en placement familial.

Enfant assez apathique, plutôt mou ; ne se met jamais en colère. Joue peu et jamais à des jeux violents. Dit ne pas savoir ce qu'il veut devenir plus tard.

Père : ALBERT, né le 2 août 1899 à Choisy (Seine-et-Oise).

Mère : SUZANNE, née le 2 juillet 1902 à Versailles.

Cinq enfants :

JULES : Né en 1920 à Versailles.

SIMONE : Née en 1921 à Versailles.

JULIETTE et JEAN nés en 1924 à Versailles.

HENRI : né en 1926 à Versailles.

Gains des deux conjoints :

10.000 francs par an jusqu'à la maladie du père.

6.000 francs depuis.

Logement de 3 pièces :

Mauvaises conditions d'hygiène.

Mal aéré (fenêtres donnant sur cour).

Mal chauffé (poêle).

SIM... ALBERT. — Père.

Né le 2 août 1899 à Choisy (Seine-et-Oise).

Profession : ouvrier ferblantier.

1^{re} visite au dispensaire : 6 octobre 1929.

Vient consulter parce qu'il tousse, qu'il crache et qu'il a beaucoup maigri ces derniers mois.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Père et mère en bonne santé.

2 frères bien portants.

Une sœur décédée de péritonite d'origine appendiculaire (?) à l'âge de 7 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Banales maladies d'enfance (rougeole, coqueluche, varicelle). S'est parfaitement bien porté jusqu'à l'âge de 18 ans.

Engagé volontaire en 1917.

Fait la guerre en 1918 sur le front français (Artillerie lourde) puis est envoyé en Syrie.

N'a jamais été blessé. Aurait été gazé par ypérite en 1918 : n'a pas été évacué.

Démobilisé : janvier 1920.

Se marie en février 1920.

Exerce normalement sa profession jusqu'en décembre 1928 : fait une « grippe » qui le contraint à s'aliter pendant 15 jours.

Reprend ensuite son travail, mais tous les deux mois environ, doit interrompre ses occupations pour des épisodes fébriles qui durent en moyenne une dizaine de jours. Dans l'intervalle de ces épisodes fébriles, il tousse et il crache. Il ne cesse de maigrir (de 70 kilos, son poids serait tombé à 63 kilos).

— Au mois de septembre 1929, doit définitivement interrompre son travail. Reste alité.

SIGNES FONCTIONNELS :

Toux : grasse, matinale.

Expectoration : assez abondante, verdâtre, muco-purulente.

Points douloureux fréquents, surtout aux deux sommets.

Légère dyspnée d'effort.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Température : Oscille entre 38°5 et 39°.

Gros amaigrissement.

Asthénie marquée.

Sueurs nocturnes.

EXAMEN CLINIQUE :

Habitus médiocre. Faciès amaigri.

Taille : 1 m. 72. Poids 62 kgr. 500.

Inspection : Thorax amaigri avec côtes saillantes. Dépression des creux sus-sternal et sus-claviculaires.

Percussion : Matité des deux sommets, particulièrement du côté droit.

Palpation : Exagération des vibrations vocales particulièrement marquée au sommet droit.

Auscultation : Râles bulleux, humides, disséminés dans les deux champs pulmonaires. Au sommet droit : signes spéléonquaires avec gargouillement, souffle, etc...

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 6 octobre 1929.

Montre infiltration des deux poumons, infiltration constituée par des taches et des marbrures, prédominant à droite, et en particulier au sommet, où l'on note de plus une ombre ovale se rétrécissant à la toux (spéléonque probable).

1^{er} EXAMEN DE CRACHATS : Le 8 octobre 1929.

Nombreux bacilles de Koch à l'examen direct.

On conseille au malade de rentrer à l'hôpital, mais il s'y refuse énergiquement, préférant rester chez lui.

2^e visite au dispensaire : Le 20 janvier 1930.

Revient consulter, car désirerait être envoyé en sanatorium.

— Etat général plutôt amélioré (encore qu'il ait perdu 2 kilos, poids : 60 kgr. 300).

— Se sent mieux, meilleur appétit.

— Toux, expectoration inchangées.

— Température : 37°9.

EXAMEN CLINIQUE :

Signes spéléonquaires persistant au sommet droit, mais râles seraient plus humides et moins nombreux, surtout à gauche.

2^e EXAMEN DE CRACHATS : 21 janvier 1930.

Nombreux bacilles de Koch à l'examen direct (20 par champ).

On fait les démarches nécessaires et le malade rentre à l'hospice de Brévannes le 1^{er} mars 1930. Il y reste hospitalisé un mois, et sort sur sa demande, car il ne peut se plier à la discipline hospitalière (!).

3^e visite au dispensaire : Le 7 avril 1931.

- Revient consulter parce qu'il vient de faire une hémoptysie assez abondante les jours précédents.
- Cependant assez bon état général ; n'a pas perdu de poids (poids 60 kgr. 500). Assez bon appétit.
- Tousse toujours beaucoup. Expectoration muco-purulente avec quelques filets de sang.
- A l'auscultation : Signes spéléonquaires ne se sont pas modifiés au sommet droit, mais on perçoit de plus un foyer de râles assez secs à la partie moyenne du poumon droit. Du côté gauche quelques râles humides disséminés.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 7 avril 1931.

Montre persistance image spéléonquaire du sommet droit. Infiltration étendue de tout le poumon droit, avec ombre assez homogène au niveau du tiers moyen. Côté gauche tacheté de pommelures et de marbrures dans les 2/3 supérieurs.

3^e EXAMEN DE CRACHATS : Le 8 avril 1931.

Nombreux bacilles de Koch (23 par champ) à l'examen direct. On donne le conseil — de nouveau — au malade de rentrer à l'hôpital, mais il refuse de se faire hospitaliser.

4^e visite au dispensaire : Le 20 juin 1931.

Revient consulter à la suite d'une nouvelle hémoptysie (qui aurait duré trois jours).

- A l'examen : gros fléchissement de l'état général ; malade anhélant, très asthénique.

Poids : 54 kgr. 800.

Température : 39°2.

- Auscultation : Signes spéléonquaires aux deux sommets ; râles bulleux disséminés dans les deux poumons.

Malade hospitalisé d'urgence à l'hôpital de Versailles.

Décédé à la suite d'une hémoptysie très abondante le 3 juillet 1931.

SIM... SUZANNE. — Mère.

Née le 2 juillet 1902 à Versailles.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Père et mère en bonne santé.

2 frère et sœur bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Banales maladies d'enfance.
Régée à 12 ans. Bien réglée.
Mariée en février 1920.
4 grossesses à terme (sans incidents).

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 octobre 1929.

Visite de prophylaxie : Accompagne ses enfants.

SIGNES FONCTIONNELS : Néant.

SIGNES GÉNÉRAUX : Excellent état général. Température : 36°9.

SIGNES PHYSIQUES :

Taille : 1 m. 52. Poids 58 kilos.
Habitus normal : plutôt maigre, mais poids stationnaire depuis plusieurs années.
L'examen physique de l'appareil pleuro-pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Ne montre rien d'anormal.

- A été revue les années suivantes plusieurs fois au dispensaire quand elle accompagnait ses enfants.
- N'a jamais été examinée cliniquement et radiologiquement depuis le 1^{er} examen, mais elle dit bien se porter.
- Depuis janvier 1930 : travaille en usine pour subvenir aux ressources du ménage ; ne s'est plus occupée de ses enfants.

1°) SIM... JULES.

Né le 4 mars 1920 à Versailles.
Poids à la naissance : 3 kgr. 250.

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 octobre 1929.

Visite de prophylaxie : En contact direct avec son père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à 3 ans.
Coqueluche à 6 ans.
Opéré de végétations adénoïdes à l'âge de 7 ans.

SIGNES FONCTIONNELS :

Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX : Bon état général.

Se développe normalement.

Bonnes digestions.

Température : 36°8.

EXAMEN CLINIQUE :

Poids 23 kilos. Taille : 1 m. 20.

Adénopathie cervicale : petits ganglions bilatéraux, durs, roulant sous le doigt.

Appareil pleuro-pulmonaire : rien d'autre à signaler qu'une inspiration un peu rude au sommet gauche.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 21 octobre 1929.

Ombres hilaires augmentées, spécialement du côté gauche.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 20 octobre 1929 : fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances (août-septembre 1930).

Revient en excellent état général, mais adénopathie cervicale persiste.

En 1931 : Revu en juillet, à l'occasion d'un départ éventuel en colonie de vacances.

— Bon état général, poids 27 kgr. 900.

— A l'examen clinique : on note seulement l'existence de deux petits ganglions cervicaux.

2^o EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Confirme le précédent.

Envoyé en colonie de vacances (août et septembre).

En 1932-1933 : Pas vu au dispensaire.

En 1934 : Vient consulter en février à la suite d'un épisode pulmonaire aigu fébrile qui a duré une huitaine de jours.

— Toux grasse, surtout matinale.

— Crache un peu le matin.

A l'auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire, on perçoit encore de gros runchus aux deux bases avec quelques sibilances.

3^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 17 février 1934.

Montre des ombres hilaires très développées surtout à gauche, mais sommets s'éclairent bien à la toux. Sinus clairs. Jeu normal de la coupole diaphragmatique.

EXAMEN DE CRACHATS : Le 17 février 1934.

Ne montre pas la présence de bacilles de Koch.

Revu quinze jours après : toux et expectoration ont disparu.

On ne trouve plus de bruits adventices à l'auscultation.

En 1935 : Vient au dispensaire, parce que va commencer son apprentissage de garçon boulanger et désirerait savoir si son état de santé le lui permet.

Bon état général. Poids 45 kgr. 600. Taille 1 m. 52.

Ne tousse ni ne crache.

Adénopathie cervicale a disparu.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : normal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 octobre 1935.

Image thoracique sensiblement normale, avec toutefois ombres hilaires élargies et présence d'ombres ovalaires d'aspect cré-tacé au nombre de trois dans le parenchyme pulmonaire droit.

Rentre en apprentissage. N'a pas été revu au dispensaire.

2^e) SIM... SIMONE.

Née le 3 décembre 1921 à Versailles.

Née à terme, pesant 3 kgr. 200. Nourrie au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 octobre 1929.

Visite de prophylaxie, car en contact avec père tuberculeux cavitairé bacillifère, depuis sa naissance.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à 3 ans.

Varicelle à 5 ans.

Oreillons à 6 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Bon état général.

Température normale : 36°9.

Bon appétit. Bon sommeil.

EXAMEN CLINIQUE :

Habitus général satisfaisant, mais faciès un peu pâle.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Taille : 1 m. 17. Poids : 18 kgr. 900.

Appareil pleuro-pulmonaire : rien à signaler.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 21 octobre 1929.

Transparence normale des 2 champs pulmonaires (cependant ombres hilaires assez arborescentes). Sommets clairs.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 21 octobre 1929 : négative.

En 1130 : Pas vue au dispensaire.

En 1931 : Visite de surveillance (6 juillet).

Son père est mort en juillet de Tuberculose pulmonaire ; sa mère travaillant depuis mars 1930, cette enfant a dû prendre la direction du ménage et s'occuper de ses frères et sœurs.

SIGNES FONCTIONNELS : Ne tousse ni ne crache.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Assez bon état général, mais se sent un peu fatiguée.

Température normale.

Assez bon appétit. Bon sommeil.

EXAMEN CLINIQUE :

Pas d'amaigrissement : poids 23 kgr., mais faciès pâle.

Pas d'adénopathies.

Appareil pleuro-pulmonaire : rien d'anormal.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 7 juillet 1931.

Mêmes résultats que précédent.

2^e CUTIRÉACTION : 6 juillet 1931 : fortement positive.

On conseille le placement à la campagne, mais du fait des circonstances familiales, la mère s'y refuse.

En 1932 : Vue le 6 mars, à la suite d'un épisode pulmonaire aigu fébrile qui dure depuis 4 jours (amenée au dispensaire par Assistante sociale).

— Depuis plusieurs semaines, se sent très fatiguée ; aurait maigri mais ne s'est pas pesée. Croit avoir de la fièvre. Régulée depuis deux mois.

SIGNES FONCTIONNELS :

Petite toux sèche.

Point de côté para-vertébral gauche.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Mauvais état général.

Mauvais appétit. Mauvais sommeil.

Température : 38°4. Poids : 23 kgr. 500.

EXAMEN CLINIQUE :

Faciès pâle, enfant d'aspect chétif.

Appareil pleuro-pulmonaire :

- Inspection : rien d'anormal, mais thorax amaigri.
- Percussion : matité franche du côté gauche, surtout à la base.
- Palpation : abolition des vibrations vocales du côté gauche.
- Auscultation : diminution du murmure vésiculaire du côté gauche. Respiration soufflante au-dessus (surtout inspiration).
- Auscultation de la voix haute montre un peu d'égophonie.

3^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE :

Montre opacité des 2/3 inférieurs du poumon gauche, opacité non homogène, sans limite nette. Hémidiaphragme gauche abaissé. Cœur refoulé vers la droite. Ombres hilaires du côté droit exagérées.

On fait le diagnostic d'épanchement pleural gauche et on exige l'hospitalisation de l'enfant à l'hôpital de Versailles, où elle reste deux mois pour pleurésie séro-fibrineuse gauche (vérifiée par ponction). Part ensuite en préventorium, d'où elle revient en avril 1933.

En 1933 : Visite de surveillance.

A été très améliorée par son séjour à la campagne. A gagné 4 kilos, poids 27 kgr. 200. Bon appétit, bon sommeil, mais a dû dès son retour s'occuper de ses frères et sœurs en l'absence de sa mère retenue par son travail.

Ne tousse plus, ne crache pas.

EXAMEN CLINIQUE DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE :

Montre simplement comme séquelle de la pleurésie gauche une diminution de sonorité à la base gauche à la percussion, et une diminution de la respiration.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 3 mai 1933.

Montre diminution de clarté du champ pulmonaire gauche. Sinus gauche comblé avec hémidiaphragme gauche festonné. Ombres

hilaires gauches, très développées avec nombreux tractus fibreux. Hile droit épaissi avec quelques calcifications.

On envoie l'enfant en colonie de vacances avec ses plus jeunes frères et sœurs. Y reste trois mois (juillet-août-septembre).

Revient améliorée, ayant gagné 1 kilo (poids 28 kgr. 600).

En 1934-1935 : Suivie à peu près régulièrement au dispensaire tous les trois mois.

Assez bon état général. Poids augmente : 30 kgr. 200, mais reste d'aspect général chétif ; faciès toujours pâle.

Examen clinique donne toujours les mêmes résultats.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 10 juin 1934.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : le 15 mai 1935.

Confirment les résultats de la précédente radio. Ombres hilaires auraient toutefois tendance à régresser.

3^o) SIM... JULIETTE.

Née le 6 avril 1924 à Versailles (jumelle).

Née à terme, pesant 2 kgr. 250.

Nourrie au sein jusqu'à l'âge de 3 mois.

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 octobre 1929.

Visite de prophylaxie, car en contact depuis sa naissance avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à l'âge de 3 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : néant.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Bon état général.

Température 36°8.

Bon sommeil. Bon appétit.

EXAMEN CLINIQUE :

Poids 14 kgr. 300. Taille 0 m. 97.

Bon habitus, faciès normalement coloré.

Pas de ganglions perceptibles à la palpation.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire ne décèle rien d'anormal.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 21 octobre 1929.

Image thoracique normale. Ombres hilaires normalement développées.

1^{re} CUTIRÉACTION : Le 20 octobre 1929 : négative.

Etant donnée notion de contagé, on conseille le placement familial ; mère s'y refuse.

En 1930 : Pas vue au dispensaire.

En 1931 : Vient consulter le 15 février, en même temps que son jumeau, dont elle partage le lit (ce dernier présentant un fléchissement de l'état général depuis quelques mois).

— Bon état général. Poids 17 kgr. 600.

— Température : 36°9.

Examen clinique : Faciès normalement coloré.

— Pas de ganglions perceptibles à la palpation.

— Appareil pleuro-pulmonaire : rien d'anormal.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 16 février 1931.

Montre clarté normale des parenchymes pulmonaires. Ombres hilaires normales.

2^e CUTIRÉACTION : Le 15 février 1931 : faiblement positive.

Mère se refuse toujours à se séparer de son enfant.

En 1932 : Vient consulter en juillet pour départ éventuel en colonie de vacances.

— Excellent état général. Poids 20 kgr. 100.

— Température : 36°7.

— Rien d'anormal à l'examen clinique.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 7 juillet 1932.

Image sensiblement semblable à la précédente.

3^e CUTIRÉACTION : Le 6 juillet 1932 : positive.

On envoie l'enfant en colonie de vacances (juillet, août, septembre).

En 1933 : Envoyée en colonie de vacances avec ses sœurs et son frère, toujours excellent état. Poids 22 kgr. 200.

En 1934 : Pas vue au dispensaire.

(Aurait fait oreillons en novembre.)

En **1935** : Visite de surveillance (12 juin).

Rien à signaler. Excellent état général.

Poids : 27 kgr. 300.

Examen clinique ne révèle aucun signe anormal.

Envoyée en colonie de vacances (août et septembre).

4^o) SIM... JEAN.

Né le 6 avril 1924 à Versailles (jumeau).

Né à terme, pesant 2 kgr. 800.

Nourri au sein jusqu'à l'âge de 3 mois.

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 octobre 1929.

Visite de prophylaxie, car en contact depuis sa naissance avec père tuberculeux bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Rougeole à l'âge de 3 ans.

SIGNES FONCTIONNELS : Rien à signaler.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Bon état général.

Bon appétit. Bon sommeil.

Température : 36°7.

EXAMEN CLINIQUE :

Aspect floride.

Taille 0 m. 99. Poids 15 kgr. 700.

A la palpation : perception d'adénopathie cervicale sous la forme de 5 ou 6 petits ganglions durs, roulant sous le doigt des deux côtés.

Appareil pleuro-pulmonaire : Rien à signaler.

1^{re} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 21 octobre 1929.

Montre des ombres hilaires assez arborescentes, principalement du côté droit, qui s'épanouissent dans le 1/3 moyen du poumon droit.

1^{er} CUTIRÉACTION : Le 20 octobre 1929 : fortement positive.

On conseille placement de l'enfant à la campagne. Mère s'y refuse.

Prescrit huile de foie de morue et sirop iodotannique.

En 1930 : Pas vu au dispensaire.

En 1931 : Revient consulter le 15 février, parce que depuis plusieurs mois se développe mal (poids 17 kgr. 500 alors qu'il avait pesé 19 kgr. 200) ; mauvais appétit, mauvais sommeil.

— De plus, toux sèche, fréquente ; se plaint parfois du côté droit.

— Température oscille entre 37°5 et 38°.

EXAMEN CLINIQUE :

Faciès pâle. Habitus général médiocre.

Ganglions cervicaux persistent.

Appareil pleuro-pulmonaire :

— Percussion : submatité du 1/3 supérieur du poumon droit.

— Palpation : exagération des vibrations vocales à ce niveau.

— Auscultation : respiration très soufflante et rude au sommet droit. Quelques craquements après la toux. Eclat désagréable de la voix et de la toux.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 16 février 1931.

Montre au niveau du poumon droit au niveau de la scissure séparant le lobe supérieur du lobe moyen l'existence d'une ombre non homogène, ombre constituée par des taches et des marbrures. Du hile droit partent des travées arborescentes s'épanouissant dans le 1/3 inférieur du poumon droit. Sommet paraît indemne. Côté gauche normal avec ombres hilaires un peu plus développées que normalement.

2^e CUTIRÉACTION : Le 15 février 1931 : fortement positive.

RECHERCHE DE BACILLES DE KOCH DANS LES SELLES : Négative.

On exige l'hospitalisation de l'enfant. Celui-ci rentre à l'hôpital de Versailles le 20 février 1931 où il reste 15 jours.

Envoyé ensuite en préventorium. Revient en octobre 1932.

En 1932 : Vu le 21 octobre, à son retour du préventorium.

Revient considérablement amélioré : a pris 5 kilos (poids 22 kgr. 600). Ne tousse plus. Température normale : 36°9.

Faciès coloré. Ganglions cervicaux ont disparu.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire montre simplement une certaine rudesse respiratoire du côté droit.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 22 octobre 1932.

Montre disparition presque complète des lésions de juxta-scissure observées antérieurement du côté droit. La ligne scissurale

est encore nette, mais les taches se sont effacées. Les ombres hilaires sont toujours très arborescentes, très épaisses, d'aspect fibreux. On note de plus la présence de 2 ombres ovalaires d'apparence calcifiée au niveau du 1/3 moyen du parenchyme droit.

3^e CUTIRÉACTION : Le 23 octobre 1932 : positive.

En 1933 : Vu en juillet, en vue d'un départ éventuel en colonie de vacances.

— Bon aspect général. Poids 23 kgr. 300.

— Bon appétit. Température normale.

Examen pleuro-pulmonaire : simple rudesse respiratoire au sommet droit.

2^e EXAMEN RADIOSCOPIQUE : 6 juillet 1933.

Montre hiles développés du côté droit.

Envoyé en colonie de vacances (juillet, août, septembre).

Revient en excellent état.

En 1934 : Revient consulter le 3 mars parce qu'il tousse depuis une quinzaine de jours, a de la fièvre (38°5) et a perdu 1 kilo (poids 23 kgr. 100).

— Aspect fatigué.

A l'auscultation : runchus disséminés dans les deux poumons, surtout à la base droite.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 4 mars 1934.

Montre ombres hilaires très arborescentes surtout du côté droit qui s'épanouissent du hile vers le sommet. Ligne scissurale encore visible. Calcifications inchangées.

Envoyé en placement familial, puis en colonie de vacances. Revient en octobre 1934, très amélioré (a pris 2 kilos, poids 25 kilos).

Température normale ; ne tousse plus.

En 1935 : Suivi régulièrement au dispensaire tous les 3 mois.

— Se développe bien. Bon état général.

— Température normale. Poids 26 kgr. 300.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire normal.

4^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 8 juin 1935.

Image identique au précédent cliché, avec toutefois tendance

à la régression des ombres hilaires droites. Ombre scissurale tend à s'effacer : réduite à une ligne.

Envoyé en colonie de vacances.

Bon état général.

5°) SIM... HENRI.

Né le 6 septembre 1926 à Versailles.

Né à terme, pesant 2 kgr. 950.

Nourri au sein.

1^{re} visite au dispensaire : Le 20 octobre 1929.

Visite de prophylaxie : est en contact depuis sa naissance avec père tuberculeux cavitaires bacillifère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : Rien à signaler.

SIGNES FONCTIONNELS : Néant.

SIGNES GÉNÉRAUX :

Bon état général.

Température : 37°.

Bon appétit, bon sommeil, bonnes digestions.

EXAMEN CLINIQUE :

Taille 0 m. 87. Poids 5 kgr. 600.

Bon habitus, faciès normalement coloré.

Pas d'adénopathies perceptibles à la palpation.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : normal.

1^{er} EXAMEN RADIOSCOPIQUE : Le 21 octobre 1929.

Image thoracique normale.

1^{re} CUTIRÉACTION : 20 octobre 1929 : négative.

Mère se refuse à placement familial.

En 1930 : Pas vu au dispensaire.

En 1931 : Vient consulter le 15 février 1931.

Depuis plusieurs semaines touse.

Pas de fléchissement de l'état général (poids 15 kgr. 800).

Se développe bien.

A l'examen clinique : quelques petits ganglions cervicaux bilatéraux.

Rien à l'examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire.

1^{er} CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 16 février 1931.

Montre transparence normale des 2 champs pulmonaires dans l'ensemble, mais les ombres hilaires sont anormalement développées, surtout à droite où elles empiètent sur le champ pulmonaire.

2^e CUTIRÉACTION : Le 15 février 1931 : fortement positive.

On envoie l'enfant en placement familial où il reste jusqu'en avril 1932.

En 1932 : Vu à son retour le 12 avril.

Excellent état général ; poids 18 kgr. 300.

Adénopathie cervicale persiste.

Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : rien d'anormal.

2^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : Le 13 avril 1932.

Aspect à peu près identique au précédent. Toutefois ombres hilaires moins épaisses, particulièrement du côté droit. Au niveau du hile droit, trois petites ombres ovalaires (grosceur d'un pois) d'aspect crétaé.

3^e CUTIRÉACTION : Le 12 avril 1932 : fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances (juillet, août, septembre).

En 1933 : Visité en juin pour départ éventuel en colonie de vacances.

— A été opéré des végétations adénoïdes et des amygdales en janvier.

— Bon état général. Poids 20 kgr. 200.

— Température : 36°9.

— Adénopathies cervicales ont disparu.

EXAMEN CLINIQUE : Rien d'anormal.

3^e CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE : 6 juin 1933.

Confirme résultats de précédente radio.

4^e CUTIRÉACTION : 5 juin 1933 : fortement positive.

Envoyé en colonie de vacances.

En 1934-1935 : Suivi régulièrement au dispensaire.

Se développe bien.

Rien d'anormal à l'examen clinique.

CONCLUSIONS

I

L'étude du groupe d'enfants faisant partie de la famille tuberculeuse permet de suivre les manifestations de la maladie à travers le temps.

II

Elle montre que les enfants d'une même famille (frères et sœurs) sont touchés par la tuberculose d'une façon variable et que les manifestations qu'ils peuvent accuser sont susceptibles de présenter les degrés les plus divers.

III

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ces manifestations s'établissent à travers le temps de la façon la plus irrégulière. Il n'est en effet pas habituel, lorsque la famille est nombreuse, de voir la tuberculose atteindre spécialement les aînés ou spécialement les plus jeunes enfants de ce « groupe familial ». Cette affection frappe d'une façon irrégulière dans ce groupe sans égard à l'âge, ni au sexe.

IV

L'importance du facteur contamination joue certes un rôle essentiel dans l'éclosion de la maladie. Mais ce facteur n'apparaît vraiment que si on compare *globalement* un groupe familial à un autre groupe. On constate alors que, toutes conditions étant égales d'ailleurs, le contamineur dont l'expectoration est abondamment bacillifère est manifestement plus dangereux que le petit contamineur.

V

Par contre, *dans un même groupe*, et sauf exception, la contamination est sensiblement la même pour tous les individus vivant dans la même maison et dans des conditions identiques.

Les différences d'âge peuvent modifier ces constatations qui restent valables pour des enfants d'âge à peu près égal, à plus forte raison pour des jumeaux.

Ainsi des « causes secondes » interviennent dans le déterminisme de ces cas de tuberculose familiale : affections débilitantes, surtout d'origine digestive, infections intercurrentes, efforts physiques, surmenage, surtout au moment de la puberté, traitements médicamenteux intempestifs, etc...

VI

Mais il existe aussi des causes spéciales à chaque individu, inhérentes à son système nerveux, à son caractère, et le rôle le plus important sera dévolu aux facteurs psychiques — (préoccupations d'ordre professionnel, familial, social, surmenage intellectuel).

Du fait de ces causes secondes, notre étude montre* que la tuberculose n'est pas seulement une maladie sociale de par la fréquence de cette affection et des conséquences désastreuses qu'elle entraîne dans la collectivité, mais aussi parce qu'elle est habituellement le résultat d'un « fait social » : heurt avec la famille, heurt avec l'entourage, heurt avec le milieu.

VII.

Quoi qu'il en soit l'étude du groupe d'enfants ayant vécu avec un contamineur montre bien que si l'atteinte des divers individus de la même famille est extrêmement variable, la contamination n'en existe pas moins et qu'elle va se traduire par des manifestations dont le degré de gravité constitue une véritable « gamme ».

VIII

Dans un certain nombre de cas, l'atteinte tuberculeuse ne se manifestera que par une réaction positive à la tuberculine (cuti-réaction

ou intradermo-réaction). Mais une hypothèse supplémentaire nous est suggérée par notre étude : C'est que l'état de contamination peut exister alors qu'il n'y a pas encore de réaction à la tuberculine appréciable. Cet état n'est peut-être que passager, ne constituant ainsi qu'une période « pré-allergique » prolongée, et répond au degré le plus inférieur de notre gamme.

IX

Au-dessus, nous trouvons toute une série d'incidents gradués, allant depuis la simple altération de l'état général, les adénites, les bronchites, les congestions pulmonaires, jusqu'aux incidents considérés généralement comme plus typiquement tuberculeux (spléno-pneumonies, épisodes pleureux, hémoptysies) pour aboutir aux lésions ulcéro-caséuses de la tuberculose pulmonaire typique (sans oublier la possibilité de l'atteinte tuberculeuse d'un autre organe). Tous ces incidents passagers ou non sont susceptibles d'être précédés ou de s'accompagner d'altérations anatomiques appréciables.

X

Notre étude nous montre aussi — ce que l'on constate également en étudiant l'individu — que la maladie peut en quelque sorte sauter d'un échelon à l'autre et que continuellement elle va osciller en quelque sorte en « zig-sag » par l'introduction de phénomènes passagers d'ordre fluxionnaire et congestif.

XI

Nous sommes donc amenés à penser que les individus de ce groupe familial — quel que soit l'échelon de la tuberculose auquel ils sont parvenus — ont un fond commun de contamination, sur lequel vont se greffer les incidents, puis ensuite les accidents évolutifs de la maladie.

XII

Ce fond commun ne nous paraît être que le « reliquat » des premières inoculations de bacilles. D'après les théories actuelles ré-

sultant des données anatomiques fournies par GHON, KRAUSE, KUSS et les derniers travaux allemands, la plupart des auteurs admettent que ce reliquat est constitué par une lésion unique, véritable « chancre d'inoculation » ou « accident primaire », suivant la conception de RANKE. Nous considérons que cette lésion si bien décrite n'est qu'un cas particulier traduisant en effet le reliquat unique d'une contamination initiale — vraisemblablement déjà massive. Sans doute, nous pensons que la lésion unique est un cas particulier de reliquat pouvant résulter d'une contamination unique vraisemblablement massive. Mais avec MM. BEZANÇON et P. BRAUN, nous admettons plus volontiers qu'il existe le plus souvent une contamination résultant de l'absorption répétée de petites unités bacillaires et déterminant des reliquats multiples et disséminés dans les champs pulmonaires.

XIII

Nous sommes ainsi amenés à penser que les bacilles introduits par voie aérienne s'arrêtent après une phase d'alvéolite passagère dans la trame même du poumon et se trouvent ainsi disséminés dans les territoires les plus variés des deux champs pulmonaires. Ces unités bacillaires s'arrêtant donc en un point quelconque de la trame, y laissent des reliquats anatomiques disséminés. Ces reliquats plus ou moins importants constituent de leur côté une « gamme » dont la variation est subordonnée à leur taille, à leur caractère réactionnel dans l'inflammation tissulaire — évoluant ainsi depuis l'état normal jusqu'à la constitution de lésions tuberculeuses typiques — en passant par toutes les modalités du tissu inflammatoire.

XIV

Cet ensemble de reliquats doit dans une conception claire remplacer le « primar complex » et doit être considéré comme une véritable hypothèse anatomique qui est exposée par MM. BEZANÇON et P. BRAUN sous le nom de « tramite initiale diffuse ». Nous pouvons donc ainsi admettre avec ces auteurs que la trame ou mieux « le tissu interstitiel et les éléments qu'il contient » constitue bien le véritable réservoir de « virus tuberculeux ».

XV

Cette hypothèse anatomique a l'avantage d'expliquer que tant que l'atteinte de la trame reste à minima il ne peut y avoir de traduction clinique appréciable et que seule — à cette période — la réaction à la tuberculine est susceptible de la révéler. Cette lésion de la trame peut du reste demeurer à ce stade de cicatrice définitivement éteinte.

XVI

Mais cette tramite parcellaire — soit en tant que cicatrice inflammatoire pure, soit parce qu'elle contient un réservoir de virus tuberculeux — peut aussi subir une reviviscence, comme n'importe quel tissu inflammatoire siégeant dans un organe.

XVII

La plupart du temps, cette reviviscence va se traduire par des phénomènes inflammatoires congestifs et fluxionnaires, bien étudiés par BRAUN dans la thèse de SAHEB, ces processus pouvant atteindre le vaisseau, mais aussi l'alvéole, la bronche et la plèvre.

XVIII

Ce sont encore « les causes secondes » qui doivent être invoquées pour expliquer l'apparition de ces phénomènes vaso-moteurs, d'ordre congestif et fluxionnaire. Elles sont dominées par l'importance des facteurs psychiques dont le retentissement sur les foyers organiques s'explique à la lueur des travaux modernes par l'action du sympathique rattaché aux centres nerveux supérieurs.

XIX

Ces phénomènes fluxionnaires et congestifs ont une évolution variable. Ils sont eux-mêmes susceptibles de régresser et après leur régression ils laissent un nouveau reliquat, qui venant s'ajouter à la tramite initiale, constituera donc un reliquat de plus en plus impor-

tant. Ces reliquats à leur tour sont susceptibles de reprendre une nouvelle activité. Tout ceci explique l'allure oscillante de la maladie et sa tendance à devenir de plus en plus interstitielle au fur et à mesure qu'elle évolue.

XX

Mais toujours à un moment donné, pourra apparaître le phénomène ulcéro-caséux, dont le déterminisme est difficile à expliquer et qui constitue encore le mystère de l'affection. Il transforme cette maladie qui restait ainsi dans le domaine interstitiel « tramique » et passagèrement exsudatif en une affection destructive. Ce phénomène caractérise le passage de la tuberculose jusque-là essentiellement maladie inflammatoire et constructive, vers l'état de phtisie, période destructive — mais qui peut — contrairement à l'opinion de RANKE — s'accompagner de phénomènes congestifs et fluxionnaires jusqu'à la terminaison.

XXI

L'étude des phénomènes fluxionnaires ou des accidents ulcéro-caséux montre, ici encore, l'importance dans leur apparition des « causes secondes » que nous avons énumérées plus haut et en particulier des causes psychiques et morales.

XXII

En effet, dans les cas où l'on ne peut guère se défendre contre la contamination, on interviendra toujours contre la survenue des facteurs seconds qui nous permettront de diminuer la fréquence des poussées congestives et inflammatoires et de maintenir les désordres anatomiques en deçà du stade ulcéro-caséux.

XXIII

Le rôle du médecin consistera évidemment à intervenir pour supprimer la contamination ou la diminuer au maximum — soit en éloignant le contaminateur, soit en écartant l'entourage ou en prenant sur place des mesures de protection toutes les fois que cela sera possible, lorsque la menace de contamination n'est pas trop forte.

XXIV

Il faut surtout laisser systématiquement en surveillance le « groupe d'enfants » appartenant à une famille suspecte de tuberculose. Cette surveillance comportera :

1^o L'examen médical, qui devra être systématique et systématiquement répété, comportera avant tout un examen clinique complet. Cet examen ne peut plus se concevoir dans les conditions modernes où nous nous trouvons en dehors d'examens radiologiques répétés (radioscopiques et radiographiques) ou, au besoin, recherche des bacilles par tubage gastrique et examen des selles quand l'expectoration fait défaut et répétition des réactions à la tuberculine qui permettront de surprendre le virage de la réaction.

2^o De plus cet examen systématique doit comporter une enquête sociale — soigneusement tenue à jour — de façon à connaître toutes les modifications qui peuvent survenir chez les individus appartenant au groupe familial. Ces modifications peuvent être d'ordre familial, mais aussi d'ordre professionnel affectif, social. Toutes ces causes sont susceptibles de troubler la sérénité du malade. Elles doivent être considérées comme autant de menaces d'éclatement et commander un redoublement de surveillance et d'examens du groupe d'enfants appartenant à la famille tuberculeuse.

Vu : le Président de la thèse,

F. BEZANÇON.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie n'a point la prétention d'être complète étant donné notre sujet qui embrasse toute la Tuberculose. Nous avons surtout tenu à indiquer les publications les plus récentes où nous avons puisé nos renseignements. Pour les travaux antérieurs, nous prions le lecteur de se reporter aux thèses de DENOYELLE (1925), SAHEB (1931) et A. MEYER (1935), particulièrement bien documentées.

- ABREU (de). — Radiodiagnostic dans la Tuberculose pulmonaire (Masson, 1921).
- AMELINE. — Hérédo-tuberculose, santé et lois de Lumière, Vignes et de Mendel (*Le Progrès médical*, 1935, n° 10).
- AMEUILLE. — L'évolution générale de la Tuberculose : les « stades » de Ranke (*Revue crit. de Path. et de Thérap.*, mai 1930, n° 4, p. 515).
- ARLOING (F.) et BERTHET. — Rôle des voies lymphatiques dans la genèse de l'infection tuberculeuse du poumon (*Presse médicale*, 25 avril 1936).
- ARLOING (F.) et THÉVENOT. — Société d'études scientifiques de l'œuvre de la Tuberculose, 10 juin 1922.
- ARLOING (F.), BERTHET et VACHON. — Le rôle des voies lymphatiques cervicales dans la propagation de la Tuberculose (Académie Royale de Médecine de Rome, séance du 2 mars 1935).
- ARLO. — Recherche sur la teneur en microbes des poumons de cobayes sains (Société de Biologie, 1914, 291).
- ARMAND-DELILLE et FAMIN (M^l^e). — Rôle de la contagion familiale dans la Tuberculose de l'enfant (*Journal de Médecine de Paris*, août 1923).
- ARMAND-DELILLE et VIBERT. — Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants par l'examen du contenu gastrique (*Presse médicale*, 30 mars 1927, p. 402).
- ARNAULT. — Gravité comparée de la Tuberculose pulmonaire suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents (*Rev. de Tub.*, 1920, n° 6, p. 397).
- ARNOULD. — La contagion par le bacille de Koch (*Revue médicale*, 1921, n° 5).
- ASCHOFF. — Zur nomenklatur der Phthise. *Zeitsche für Tuberk.*, Bd 27, 1917.

- AUBERTIN. — Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme (Doin, Paris, 1924).
- BALDWIN. — Additionnal or reinfection tuberculosis (*British Journ. of Tub.*, juillet 1922).
- BALDWIN. — The etiology of tuberculosis in its modern aspects (*New-York Tubercul. Ass. Bull.*, 1922, n° 5).
- BARD. — Les faits cliniques de la Tuberculose pulmonaire (Maloine, 1927).
- BERNARD (Léon). — Conception actuelle de la Tuberculose (*Presse médicale*, 18 avril 1914.)
- BERNARD (Léon). — La Tuberculose pulmonaire (Masson, Paris, 1922).
- BERNARD (Léon). — Le début intercléido-hilaire de la Tuberculose pulmonaire (*Pr. médicale*, 15 mars 1930).
- BERNARD (Léon). — Les débuts et les arrêts de la Tuberculose pulmonaire (Masson, 1931).
- BERNARD (L.) et DEBRÉ. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la Tuberculose chez les enfants du premier âge (Acad. de Médecine, octobre 1920. *Paris médical*, janvier 1921).
- BEZANÇON (F.). — La valeur de l'auscultation pour le dépistage précoce de la Tuberculose pulmonaire de l'adulte (*Revue de la Tuberculose*, 1920, p. 1).
- BEZANÇON (F.). — Les bases actuelles du problème de la Tuberculose (Paris, 1922. Gauthier-Villars).
- BEZANÇON (F.) et BRAUN (P.). — Recherches expérimentales sur la Pathogénie des foyers tuberculeux secondaires du poumon (Bull. soc. d'Et. sc. sur la Tub. Séance, mai 1911 in *Revue de la Tuberculose*, 1911, p. 352).
- BEZANÇON (F.) et BRAUN (P.). — La notion de la Tuberculose, maladie familiale, son importance pour le diagnostic et les directites qu'elle impose (*La médecine*, mars 1925, 6^e année, n° 8).
- BEZANÇON (F.) et BRAUN (P.). — Le stade anatomo-clinique précurseur de la Phtisie chronique de l'adulte. La tramite tuberculeuse initiale (*Presse médicale*, 31 décembre 1927).
- BEZANÇON (F.), BRAUN (P.) et FREY-RAGU (M^{me}). — Tuberculoses pulmonaires ignorées, révélées par l'examen systématique (*Revue Tub.*, t. XI, n° 2, février 1920).
- BEZANÇON (F.) et JONG (I. de). — Les congestions pleuro-pulmonaires infectieuses (*Annales de Médecine*, n° 1, janvier 1914).
- BEZANÇON (F.) et JONG (I. de). — Les congestions pulmonaires. Etude historique et revision nosologique (*Ann. de Méd.*, t. XI, n° 3, mars 1922, p. 177).
- BEZANÇON (F.) et JONG (I. de). — Précis de Pathologie médicale, t. III. Appareil respiratoire (Paris, Masson, 1931).

- BEZANÇON (F.) et JONG (I. de). — Etude clinique des Hémoptysies tuberculeuses.
- BEZANÇON (F.) et SERRONNES (de). — Les poussées évolutives tuberculeuses (*Paris méd.*, janvier 1911).
- BEZANÇON (F.) et WEILL (M. P.). — Les causes du développement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse (*Monde médical*, 1^{er} février 1926).
- BOERI (G.). — La diagnosi precoce della tubercolosi secondo, le moderne veduce (*Il Morgagni*, janvier 1932).
- BORREL. — Pneumonie et Tuberculose chez les troupes nègres (*Annales de l'Inst. Pasteur*, mars 1920, 105).
- BOURGEOIS (Pierre) et BOISSONNET (J.). — Collapsothérapie et Chrysothérapie associées dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire (*Revue médicale française*, juin 1935, p. 561).
- BOURGEOIS (Pierre), JESENSKY (M^{lle} de) et LEVERNIEUX (J.). — Néphrite aurique oedémateuse chez tuberculeux pulmonaire (Soc. Méd. Hôp., 7 décembre 1934, n° 33).
- BOURGEOIS (Pierre) et LEVERNIEUX (J.). — 850 cas de Tuberculose pulmonaire confirmée traitée par les sels d'or (*Revue de la Tuberculose*, t. 1, n° 1, janvier 1935).
- BOURGEOIS (Pierre) et THIEL (H.). — Les modifications radiologiques observées dans la Tuberculose pulmonaire confirmée traitée par les sels d'or (*Revue de la Tuberculose*, t. 1, n° 3, mars 1935).
- BOURGEOIS (Pierre), THIEL (H.) et LEVERNIEUX (S.). — Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose confirmée de l'adulte (*Presse méd.*, 1935, n° 28).
- BRAUN (P.). — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux (Thèse Paris, 1911).
- BRAUN (P.). — Le stade préphthisique de la Tuberculose pulmonaire de l'adulte. La tramite tuberculeuse initiale (Soc. des Méd. de dispensaires de la Seine, mars 1929).
- BRAUN (P.) et RAGU (M^{me}). — L'importance du facteur moral chez l'adulte et l'enfant dans l'éclatement de la Tuberculose pulmonaire (*Presse méd.*, n° 57, 16 juillet 1930).
- BRUNON. — La tuberculose pulmonaire (Doin, Paris, 1924).
- BRUCE (H.), PINNER (Douglas et Max). — Acute subapical versus insidious apical tuberculosis (*The Amer. Rev. of Tub.*, 3 mars 1930, p. 305).
- BURNAND (R.). — La grippe chez les tuberculeux pulmonaires (Etude clinique sur la Tub. pul. Leysin, Masson, Paris, 1922).
- CALMETTE. — La Tuberculose et l'infection bacillaire. Masson, 1927.
- CAMPANI. — Adénopathies cervicales et Tuberculose pulmonaire (*Presse médicale*, 1934, n° 15).

- CAUSSEIMON (J.). — La notion de Tuberculose à évolution régressive (*Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1, mai 1930).
- CORDEY. — L'étiologie de la Tuberculose dans la seconde enfance (Thèse Paris, 1925).
- COULAUD. — Recherches expérimentales sur le Chancre d'inoculation pulmonaire du lapin (*Revue de la Tuberculose*, 1933, n° 8).
- COURCOUX et GILSON. — L'effacement des images radiologiques des poumons (*Revue de la Tuberculose*, juin 1927).
- CRUCHET et HAUTECHAUD. — Essai comparatif entre les Tuberculoses urbaines et rurales (*Presse méd.*, févr. 1924).
- DEBRÉ et JACQUET. — Le début de la tuberculose. La période anté-allergique (*Annales de Médecine*, 1920, n° 2).
- DEBRÉ et LAPLANE. — La forme floride de la Tuberculose du nourrisson (*Ann. de Médecine*, t. XI, avril 1922).
- DEBRÉ, PARAF et DAUTREBANDE. — La période antéallergique de la Tuberculose (*Ann. de Méd.*, 1921, n° 6).
- DELARUE. — Les formes anatomo-cliniques de la Tuberculose pulmonaire (Thèse Paris, 1930).
- DUMAREST. — L'évolution et le diagnostic de la Tuberculose pulmonaire bénigne (*Bulletin médical de la station d'Hauteville-Lompres*, janvier 1929).
- DUMAREST et MAROTTE. — Les bronchites tuberculeuses (*Revue de la Tub.*, nos 2 et 3, 1920, p. 123).
- DENOYELLE. — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (Thèse, 1925).
- DESTOUCHES. — Le syndrome de rétraction dans la Tuberculose pulmonaire (Thèse Paris, 1928).
- DETRE-DEUTSCH. — Supernfect und Primaraf. *Wien. Keln Worsch.*, 1924, n° 27.
- ELIASBERG (M^{lle}) et NEULAND. — Zur Klinik der epituberkulösen und gelatinösen. Infiltration des Kindlichen Lunge. *Jahrb. für Kind.*, vol. XCIV, f. 2, 1921 et XLIII-2.
- ELIASBERG (M^{lle}) et NEULAND. — Die Epituberkulöse. Infiltration der Lunge bei tuberkulösen sanglingen im Kindern (*Jahrb. für Kind.*, 1920).
- ENGEL et PIRQUET. — Handbuch der Kindertuberculose. Thieme, 1930.
- FISHBERG (M.). — Infra clavicular tuberculous infiltrations (*The Amer. Rev. of Tub.*, vol. XVII, janvier 1928, p. 1 à 19).
- FONTAINE (Jacqueline) et CARDIS (F.). — Les infiltrations pulmonaires épituberculeuses du stade secondaire de Ranke (*Bullet. météorologique et médical de Leysin*, n° 67, février 1926).
- FREY (M^{lle}). — Du retentissement des manifestations tuberculeuses extrapulmonaires sur la Tuberculose pulmonaire de l'adulte (Thèse Paris, 1927).

- GHON (A.) et KUDLICH (A.). — Zur reinfection bei menschlichen Tuberkulose (*Zeitschrift. für Tuberk.*, 1924, Bd. 44, Heft 1).
- GIRAUD (Albert). — Le syndrome dit de « bronchite » dans la Tuberculose pulmonaire (*Presse médicale*, 4 avril 1928).
- GIRAUD (Albert). — Précis de Phtisiologie. Doin, 1933.
- GIRAUD et SEDARD. — Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la Tuberculose (*Revue Tub.*, t. V, n° 1, janvier 1924).
- GOVAERTS. — L'hérédité dans l'étiologie de la Tuberculose (*Am. Rev. of Tuberculosis*, 1922, t. IV).
- GRAFF et KUPPERLE (L.). — Die Lungenphtise. Berlin, Springer, 1923.
- GRANCHER. — Tuberculose pulmonaire (*Archives de Physio. normale et Patho.*, 1878, p. 1).
- GRANCHER et HUTINEL. — Tuberculose pulmonaire, in traité Brouardel et Gilbert.
- GUINARD (Urbain). — L'avenir éloigné des Tuberculeux pulmonaires (Thèse Paris, 1925).
- HALBRON (P.). — Tuberculose et infections associées (Thèse Paris, 1906).
- HALBRON (P.). — Les lésions bronchiques du poumon tuberculeux (*Rev. de Médecine*, 10 août 1909).
- HAYECK (Von). — Tuberculose familiale (*Zeitsch. Tub.*, 1920).
- HÉRARD-CORNIL et HANOT. — La Phtisie pulmonaire. Alcan (1888), p. 183 et 237.
- HORAUD. — Les formes basales de la Tuberculose pulmonaire. (Thèse Lyon, 1910).
- HUEBSCHMANND (P.). — Pathologische Anatomie der Tuberculose Springer (Berlin, 1928, p. 270).
- HUGUENIN, FOULON et DELARUE. — Le revêtement de l'alvéole pulmonaire. Ses destinées pathologiques (*Ann. Anat. Path.*, juillet 1929).
- IMBERT (J.). — La périlobulite et le retour à la notion de Tuberculose pulmonaire interstitielle (Thèse Paris, 1930).
- JACQUELIN (A.). — Les hémoptysies (*La Médecine*, 1931).
- JACQUELIN (A.) et REVEILLAND. — Les causes secondes des Hémoptysies tuberculeuses (*La Vie méd.*, 25 nov. 1931).
- JACQUEROD. — La lobulite, lésion pulmonaire (*Ann. de Méd.*, janvier 1926).
- JACQUEROD. — Les processus naturels de guérison dans la Tuberculose pulmonaire (Paris, Masson, 1927).
- JONG (Israël de). — La conception allemande actuelle de l'An. path. de la Tub. pulm. (*La Médecine*, mai 1924).
- JOUSSET. — La cutiréaction (*Journ. méd. français*, sept. 1924).
- JOUSSET. — L'adénopathie médiastine est la première localisation de la Tuberculose pulmonaire (*Presse médicale*, 1927, n° 50).

- KRAUSS (Allen K.). — Studies of immunity to tuberculosis (*Am. Rev. of Tub.*, n° 8, 1920).
- KRAUSS (Allen K.). — Healing and disappearance of Tub. (*Am. Rev. of Tub.*, 1922-1923, p. 238).
- KÜSS. — De l'hérédité parasitaire de la Tuberculose pulmonaire (Thèse de Paris, 1898).
- KÜSS. — Indications cliniques et rôle social des Sanatoriums populaires (*Bull. méd.*, 1906, n° 34).
- LACOMBE (P.). — De quelques considérations sur les congestions pulmonaires aiguës (Maladie de Woillez) Thèse Paris, 1926.
- LAENNEC (R. T. H.). — De l'auscultation médiate (1^{re} édit. J. A. Bresson et R. A. Chaudé, Paris, 1819).
- LANDOUZY. — L'évolution historique de la Phtisiologie. Le concept moderne de la tuberculose : les Bacillaires, les Tuberculeux, les Phtisiques (*Presse médicale*, 23 mars 1912, p. 237-241).
- LAQUERRIÈRE. — Ce qu'il faut savoir en pratique de la tramite et de la périlobulite (*Concours médical*, 10 mars 1935).
- LAVERGNE. — Considérations sur les surinfections de la Tuberculose. (*Presse médic.*, juillet 1921).
- LEREBoullet, GAVOIS et BAUSSAN. — La fréquence des Cutiréactions positives chez l'enfant parisien (*Paris méd.*, 5 janvier 1935).
- LETULLE. — La Tuberculose pulmonaire.
- LETULLE et BEZANÇON. — La granulation tuberculeuse et le tubercule miliaire des poumons (*Presse médicale*, n° 76, 23 sept. 1922).
- LETULLE et HALBRON. — Les congestions pulmonaires in *Traité de Médecine* Roger, Vidal, Tossier, t. XII. Masson, Paris, 1924.
- LETULLE (Maurice). — La Tuberculose pleuro-pulmonaire (*Revue de la Tuberculose*, 1927, n° 1, p. 5).
- LEURET (E.) et CAUSSIMON (J.). — Le diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses (Rapport présenté au VIII^e Congrès international de la Tuberculose. Bordeaux, 30 mars-2 avril 1931, in *Revue Tub.*, n° 3, mars 1931).
- LEVESQUE. — Les étapes de la Tuberculose (*Revue médicale française*, juin 1932).
- LUMIÈRE (A.). — La tuberculose n'est pas contagieuse pour l'adulte (*Avenir médical*, 1935, sept.-oct.).
- MARFAN. — La cutiréaction (*Presse médicale*, 8 décembre 1923, 22 décembre 1923).
- MARFAN. — Tuberculose pulmonaire, in *traité Charcot-Bouchard*.
- MARIOTTE. — Les bronchites tuberculeuses (Thèse Lyon, 1919).
- MARTIN (José). — Contribution à l'étude du rôle de la contamination de l'enfant dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte (Thèse Paris, 1928).

- MEYENBURG de (M.). — Les conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire (*Annales d'Anat. pathol. et d'Anat. normale médico-chirurgicale*, 3^e année, n° 9).
- MEYER (A.). — La Tuberculose pulmonaire occulte à expectoration bacillifère (Paris, 1935).
- MOSNY. — La famille des Tuberculeux (*Annales d'Hyg. publ. et de Médecine légale*, 1915).
- MULLER (H.). — Erythème nouveau et Tuberculose (*Munch. Mediz. Wochenschr.*, 1935, n° 21).
- NICO (P.). — Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte (Thèse Paris, 1935).
- NICOL. — Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1922. Bd 52.
- NIEMEYER. — Leçons cliniques sur la Phtisie pulmonaire, trad. Cullmann 1867 (cité in Hanot).
- ORSAT. — Du processus pneumonique dans la Tuberculose pulmonaire (Thèse Lyon, 1912).
- PACKARD (E. N.). — Mechanical factors in Hemoptysis (*The Amer. Rev. of Tub.*, oct. 1922, vol. VI, n° 8, p. 690).
- PARAF (J.). — La première poussée évolutive de Tuberculose pulmonaire (*Annales de Médecine*, t. XIV, n° 5, novembre 1923).
- PHILIBERT. — L'hérédité de prédisposition dans la Tuberculose (*La Médecine*, mai 1924).
- PIGEON (R.). — Etude du syndrome radio-acoustique au cours de la Tuberculose pulmonaire (Thèse Paris, 1934).
- PIRQUET (C. von). — Allergie der Lebensalten (*Wiener Klinische Wochenschr.*, t. XLII, n° 3, 17 janvier 1929).
- PISSAVY. — Formes cliniques de la Tuberculose du poumon et de la plèvre (Doin, Paris, 1921).
- PONCET et LERICHE. — La Tuberculose inflammatoire (Doin, 1912).
- POTEZ (G.). — Les classifications française et allemande des formes de la Tuberculose pulmonaire (Thèse Paris, 1925).
- POURÉ (E.). — Contribution à l'étude de la Tuberculose pulmonaire chronique à début brusque. (Thèse Paris, 1926).
- RAMOND (L.). — Des congestions pulmonaires (in Conf. de clin. médic. pratique, 2^e série, 1924, p. 32).
- RANKE (K. E.). — Beiträge zur Klinik der Tuberk., Bd 52.
- RANKE (K. E.). — *Münchener Mediz. Wochen.*, n° 3, 1922.
- RANKE (K. E.). — Ausgewählte Schriften zur Tuberkulose Pathologie (édité par J. Springer, 1928).
- RANKE (K. E.). — Bemerkungen zur Klinischen Diagnose der Entwicklungsformen der Menschlichen Tuberkulose (*Munch. Mediz. Wochen*, 1922, n° 5).
- REILLY, RIVALIER, COMPAGNON, FRIEDMANN, PHAM et BUIT (du). —

- Le rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hyper-sensibilité (*Annales de Médecine*, t. 39, n° 2, p. 169, février 1936).
- RENARD (M^{lle} G.). — Tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Localisation périhilaire (Thèse Paris, 1928).
- RIBADEAU-DUMAS. — Le défaut de la Tuberculose pulmonaire (Flammation, 1925).
- RIBADEAU-DUMAS. — Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent (in traité Sargent, t. XVIII, 1926).
- RIBADEAU-DUMAS. — Evolution de la lésion initiale de la Tuberculose pulmonaire chez l'enfant du premier âge (Soc. méd. Hôp., juillet 1919).
- RIBADEAU-DUMAS. — Les réactions péricuberculeuses du poumon de l'enfant (*Journ. méd. et chir. prat.*, 25 décembre 1919, p. 933).
- RIST (E.). — La Tuberculose (Armand Collin, édit., 1927).
- RIST (E.). — Le début brusque de la Tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation hilaire (*Revue de la Tuberculose*, n° 1, janvier 1930).
- RIST et AMEUILLE. — Tuberculoses fermées et Tuberculoses ouvertes (V^e Congrès national de la Tub. Strasbourg, 1923).
- RIST, KINDBERG et ROLLAND. — Etude sur la réinfection tuberculeuse (*Annales de Médecine*, nos 3 et 4, 1914, p. 130-325).
- ROUSSY. — Précis d'Anatomie pathologique (Paris, 1929).
- SABOURIN. — Les embolies bronchiques tuberculeuses (Alcan, 1906).
- SAENZ. — Recherches sur la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Löwenstein (*Presse médicale*, 23 juillet 1932).
- SAHEB MOURAD. — Les phénomènes congestifs et fluxionnaires au cours de la Tuberculose pulmonaire (Thèse Paris, 1931).
- SANARELLI. — Pneumotropismo bacillare e colapsotherapia (*Rassegna Clinico Scientifica*, 1935, n° 7).
- SAVY. — Les pneumonies tuberculeuses curables (*Bull. Soc. Med. Hôp.* n° 35, 1 vol., 21 février 1913, p. 436).
- SERGENT (E.). — La périlobulite tuberculeuse. Le rôle des voies lymphatiques dans le processus de Tuberculose pulmonaire interstitielle de l'adulte (*Presse médicale*, 29 mai 1929).
- SERGENT (E.). — Les réveils de la Tuberculose pulmonaire chez l'adulte (Masson, 1933).
- SERGENT (E.). — Tuberculisations pulmonaires par propagation lymphatique cervicale et médiastinale (*Paris médical*, 4 janvier 1930).
- SERGENT et DURAND. — La limitation scissurale des processus pneumoniques tuberculeux (*Paris médical*, 5 janvier 1923).
- SERGENT et GASPARD. — La pénétration et la propagation de la Tuberculose pulmonaire par voie lymphatique cervicale (*La Presse médicale*, 21 décembre 1932).

- STEPHANI (J.) et TROUARD-RIOLLE (G.). — Fléchissement printanier de la résistance générale chez les Tuberculeux pulmonaires (*Rev. Tub.*, 6 décembre 1929, p. 857).
- STRAUSS. — La Tuberculose et son Bacille. Paris, 1895.
- SWEARY. — « Associated diseases in pulmonary tuberculosis » (*Am. Rev. of Tub.*, sept. 1923).
- TIXIER (M.-H.). — Lésions tuberculeuses du poumon ; développement. Zone intercléido-hilaire. Infiltrat précoce sous-claviculaire (Thèse Paris, 1929).
- TRIPPIER (R.). — Du processus pneumonique dans la Tuberculose pulmonaire (II^e Congrès de Tuberculose. Washington, 1908, t. I, I^{re} partie, p. 322).
- TRIPPIER (R.). — Traité d'Anatomie pathologique.
- TROISIÈRE (J.) et de SANCTIS MONALDI. — Le B. K. virus de sortie (*Bulletin Acad. de Médecine*, 3 mai 1932, n° 17).
- TURBAN. — Beiträge zur Kenntniss der Lungen-tuberkulose (1899).
- ULRICI. — Beiträge zur Klinik der Tuberk. Bd. 51 et 52.
- UNGER, GROSSIER et BRINCOURT. — Le Phrénique, nerf vasomoteur histaminergique du poumon (*Ann. d'Anat. Pathol.*, février 1936, p. 189-202).
- VEDEL (V.). — Des infections mixtes dans la Tuberculose pulmonaire. (Thèse Montpellier, 1895).
- VÉRIN. — Etude comparée radiologique et anatomo-pathologique des poumons tuberculeux portant sur des pièces anatomiques (Thèse Paris, 1922).
- VITRY. — Tuberculose conjugale (*Bull. de la Soc. des Méd. des Dispensaires de la Seine*, oct. 1923).
- WAGNER. — Variations saisonnières. Symptôme utilisable dans le diagnostic des affections tuberculeuses (*Rev. Tub.*, n° 2, avril 1929, p. 320).
- WARFIELD. — Occult Tuberculosis (*Americ. Review of Tuberculosis*, avril 1925, p. 112).
- WEILL (M. P.). — Les Hémoptysies tuberculeuses (Thèse Paris, 1912).
- WILLIS-STUART (H.). — Studies on tuberculous infectia (*The Americ. Review of Tuberc.*, 1925, n° 5, p. 427 et 439).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. — La première contamination.....	3
CHAPITRE II. — Les « reliquats » de la première contamination.....	8
CHAPITRE III. — L'évolution des « reliquats ».....	15
CHAPITRE IV. — Des « causes secondes ».....	28
CHAPITRE V. — Essai de schématisation des incidents et accidents tuberculeux.....	39
Courbes.....	44
CHAPITRE VI. — Les résultats de la contamination dans le groupe fami- lial.....	46
CHAPITRE VII. — Comment doit-on concevoir la prophylaxie dans le « groupe familial ».....	49
OBSERVATIONS.....	53
CONCLUSIONS.....	209
BIBLIOGRAPHIE.....	217
